



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ Development Clinical Nursing Practice Guidelines for cataract surgery patients in the operating room at Kalasin Hospital.

(Received: December 7,2021; Accepted: December 21,2021)

วรรณวิมล ทুমมี¹

Wanwimol Toomme¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยใช้กรอบแนวคิดของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) มากำหนดเป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3 ขั้นตอน (1) กำหนดแนวปฏิบัติ (2) นำแนวปฏิบัติไปใช้ (3) ประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติจำนวน 60 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล (2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (Mean = 4.69) ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมมีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 33.33 ซึ่งกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลมีอาการแทรกซ้อน (ร้อยละ 26.67) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (ร้อยละ 3.33) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก จะเห็นได้ว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มาใช้ทำให้ลดอัตราการเกิดอาการแทรกซ้อนทางคลินิกได้สูง ผู้ป่วยปลอดภัยขึ้นและลดการฟ้องร้องจากผู้ป่วยและญาติได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวปฏิบัติ, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก, ห้องผ่าตัด

Abstract

The purpose of this study was to develop and study the effect of nursing practice guidelines for cataract surgery patients in the operating room at Kalasin Hospital. Is a development research using the conceptual framework of National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998 Let's define it as a 3 step process for developing a nursing practice guideline (1) formulating guidelines (2) implementing guidelines (3) assessing results The sample group consisted of A group of 30 guideline users and a group of 60 people receiving nursing care according to the guidelines by choosing a specific Between May and September 2018. The tools used in the research consisted (1) Instruments used in conducting research, such as a guideline for nursing practice for cataract surgery patients, operating room at Kalasin Hospital; The content was checked by 3 qualified persons, the CVI value was 1.00 (2) The tools used for data collection are: (1) a feasibility questionnaire of the nursing practice guideline; (2) clinical outcome record form (3) patient and relative satisfaction questionnaire To find the confidence of the questionnaire, Cronbach's alpha coefficient was 0.95 Quantitative data were analyzed by frequency distribution, mean and percentage The

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



results showed that the probability of applying the Kalasin Hospital cataract surgery nursing practice guideline to use the average of the overall opinion was at a highly agreeable level (Mean = 4.69) Clinical results showed that The overall mean had complications 33.33 percent. The group who received standardized nursing care had complications (26.67 percent) higher than the evidence-based care group (3.33 percent) and satisfaction of patients and their relatives who received nursing in accordance with the nursing practice guidelines for cataract surgery patients in the operating room at Kalasin Hospital. It was found that the overall average was at a high level. It can be seen that when operating room professional nurses applied the guidelines for nursing patients undergoing cataract surgery in Kalasin Hospital, the incidence of clinical complications was high. Patients are safer and reduce lawsuits from patients and relatives as well.

Keywords: Development of practice guidelines, Nursing care for cataract surgery patients, Operating room

บทนำ

ต้อกระจก คือ โรคของเลนส์แก้วตาที่มีการขุ่นมัวขึ้นมา ซึ่งแต่เดิมเลนส์แก้วตาจะใส และมีหน้าที่รวมแสงที่ผ่านเข้ามา ทางด้านหน้าของลูกตา เพื่อไปรวมกันที่จอประสาทตา เมื่อเกิดต้อกระจก ความขุ่นจะไปบังแสงที่ผ่านไปจอประสาทตา ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพมัวลงเหมือนมีหมอกมาบังตา (All Rights Reserved, 2014) จากการสำรวจของ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 99 ที่ เป็นต้อกระจกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าร้อยละ 50 ของการเกิดภาวะตาบอดมาจากการเป็นต้อกระจก และปัจจุบันในประเทศไทยพบผู้ป่วยต้อกระจกร้อยละ 70 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งต้อกระจกชนิดบอดเกิดขึ้นใหม่ปีละ 60,000 ราย และสถิติอายุขัยของประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น อัตราการเกิดต้อกระจกจึงไม่ลดลง โดยต้อกระจกจะแบ่งออกเป็นต้อกระจกในวัยสูงอายุ (senile cataract), ต้อกระจกโดยกำเนิด (congenital cataract) และต้อกระจกทุติยภูมิ (secondary cataract) ส่วนใหญ่จะพบต้อกระจกในวัยสูงอายุ (senile cataract) มากที่สุด เกิดในช่วงอายุตั้งแต่ 50-60 ปีขึ้นไป

คนที่เป็นโรคต้อกระจกจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพราะการผ่าตัดต้อกระจกจะทำให้เกิดภาวะตาบอดลดลง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเอง เนื่องจากต้องเผชิญกับสิ่งคุกคาม เช่น ความรู้สึกวิตกกังวล กลัวการผิดพลาดในการผ่าตัด

ที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตจะสังเกตอาการของความวิตกกังวลได้จากมีอาการใจเต้นแรง เหงื่อออก ปากแห้ง เวียนศีรษะ กระหายน้ำ ปวด ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลจึงมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีการสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ชัดเจนไว้เป็นหลักฐานในการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลประจำห้องผ่าตัดจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจครอบคลุมเกี่ยวกับกระบวนการดูแลเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก โดยนำแนวคิดของ SIMPLE : 2P Safety: Patient Safety, Personnel Safety มาใช้ร่วมด้วยอยู่ในรูปแบบการทำแบบตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด (Surgical safety checklist) เป็นวิธีการหนึ่งใน Safe Surgery โดยพยาบาลห้องผ่าตัดต้องทบทวนขั้นตอนในการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด, ตรวจสอบความพร้อมและความถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ชื่อ-สกุล ชื่อเหตุการณ์ ข้างที่ทำการเหตุการณ์ (Mark site) การขยายของรูม่านตา การวัดขนาดของเบอร์เลนส์ และประเมินความรู้ของผู้ป่วยพร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต้อกระจก เป็นต้น

การพัฒนาการดูแลการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นการนำข้อมูลที่เชื่อถือได้มาใช้ซึ่งได้ จากกระบวนการการสืบค้น วิเคราะห์สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจในกระบวนการพยาบาล (อรพรรณ โต

สิงห์, 2555) ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 1 สู่การพัฒนา CNPG ของการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีขนาด 540 เตียง สถิติการผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปีพ.ศ.2558 - 2560 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด 15,652 ราย, 15,919 ราย และ 17,040 ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยผ่าตัดโรคต่อกระเจก 791 ราย , 909 ราย และ 795 รายตามลำดับ(งานข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห่องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2558 - 2560) ที่ผ่านมามีรายงานความไม่ปลอดภัยหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงของห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่ามีเหตุการณ์เกือบพลาด (near miss) ในการผ่าตัดตาดมิดข้างจำนวน 3 รายในแต่ละปี 2558, 2559 และ 2560 ตามลำดับ (รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงห่องผ่าตัด, 2558 - 2560) ฉะนั้นจากปัญหาการเกิดข้อผิดพลาดนี้ในหน่วยงานห่องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์จึงมีการรายงานความเสี่ยงและค้นหาสาเหตุของการเกิดข้อผิดพลาดดังกล่าวขึ้น โดยวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาดังกล่าวพบว่าที่ผ่านมามีมาตรฐานเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกยังไม่ครอบคลุมชัดเจนของทุกระยะการผ่าตัด รวมทั้งเจ้าหน้าที่บางคนมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงหรือไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกในห่องผ่าตัดที่ชัดเจน แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานห่องผ่าตัดจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขกับปัญหาดังกล่าวนี้

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนา CNPG ของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ และศึกษาผลของการนำ CNPG ไปใช้ขึ้น เพื่อมาพัฒนางานพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดต่อ

กระเจกห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ส่งผลลัพท์ที่ดีต่อการพยาบาลผู้ป่วยและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ อันเป็นเป้าหมายหลักของการให้บริการอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการและญาติอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้ชัดเจน
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ในทางปฏิบัติ

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) ใช้กรอบแนวคิดแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภากาฬสินธุ์ด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) มากำหนดเป็นขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 3 ขั้นตอน (1) กำหนดแนวปฏิบัติ (2) นำแนวปฏิบัติไปใช้ (3) ประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม (1) กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) (2) กลุ่มผู้ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ คือ กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกที่เข้ารับการรักษายาบาลที่ห่องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกข้อเท้าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามความเข้าใจของแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดทั้งหมดรวม 6 ข้อ (2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกข้อเท้าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกข้อเท้าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดทั้งหมดรวม 6 ข้อ (3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดทั้งหมดรวม 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา การตีความของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา ได้ค่าความดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำการห้องผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน

จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปวิเคราะห์รายข้อ และหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามดังกล่าวไปวิเคราะห์รายข้อและหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach, alpha coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกข้อเท้าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ COA No. 012-2018 และผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ

ผลการศึกษา

1. ความเป็นไปได้การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกข้อเท้าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ พบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกข้อเท้าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (Mean = 4.69) โดยผลการวิจัยรายข้อที่อยู่ในระดับสูงมาก (Mean = 4.83) คือ ความประหยัด (การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งานสามารถประหยัดและลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณ, ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ) และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน ส่วนรายข้อที่อยู่ในระดับสูงมากรองลงมา (Mean = 4.67) คือ ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน

ของท่าน และรายชื่อที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุดท้าย (Mean = 4.50) คือ ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ และมีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจได้ตรงกัน) ตามลำดับ

2. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล และกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์

- ผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมผลลัพธ์ทางคลินิกมีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 26.67 เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่า มี bleed ออกจำนวนมากขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัดมากที่สุดร้อยละ 10.0 รองลงมาร้อยละ 6.67 คือ ความดันในลูกตาสูง, ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และติดเชื้อที่ดรรยร้อยละ 3.33

- ผลลัพธ์ทางคลินิกกลุ่มการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมผลลัพธ์ทางคลินิกมีอาการแทรกซ้อนร้อยละ 3.33 คือ ความดันในลูกตาสูง และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (เช่น เลนส์เคลื่อนจากผู้ป่วยขี้ตา)

- ผลลัพธ์ทางคลินิกการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกทั้งสองกลุ่มมีอาการแทรกซ้อนโดยรวมร้อยละ 33.33 ซึ่งกลุ่มที่ได้รับ

การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลมีอาการแทรกซ้อนสูงกว่ากลุ่มได้รับการดูแลสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์

3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 9.70) ซึ่งจำแนกเป็นรายชื่ออยู่ในระดับมาก (Mean = 9.83) คือ ทีมรักษาทำให้ท่านอบอุ่นและไว้วางใจ, ได้รับคำแนะนำ/การปฏิบัติอย่างเหมาะสม, พึงพอใจในการดูแล / ให้บริการทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาในครั้งนี้ รองลงมาคือ ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย (Mean = 9.66) และญาติได้รับทราบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด (Mean = 9.33)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ นำมาสู่การอภิปรายประกอบด้วย 1) ความเป็นไปได้การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ ผลการวิจัยพบว่าความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (Mean = 4.69) อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์รับรู้ เห็นด้วยในการที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ไปใช้ เนื่องจากคู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เนื้อหา มีความชัดเจนเหมาะสมในการนำไปใช้ในห้องผ่าตัด ซึ่งสามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและสะดวก ส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกที่ดี ประหยัดและลดต้นทุนในการช่วยป้องกันผู้ป่วยกลับมาผ่าตัดซ้ำ (Re-Operation) หรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาซึ่งสอดคล้องกับ



วิทยานิพนธ์ของ ศันสนีย์ รุ่งรัตน์รัชชัย (2554) การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่าง กลุ่มใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อ กระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่ได้รับการ ดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล และกลุ่มที่ใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้อง ผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่สร้างจากหลักฐานเชิง ประจักษ์ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทาง คลินิกทั้งสองกลุ่มมีอาการแทรกซ้อนรวมร้อยละ 33.33 อธิบายได้ว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตาม มาตรฐานการพยาบาลมีอาการแทรกซ้อน(ร้อยละ 26.67) สูง กว่ากลุ่มได้รับการดูแลสร้างจากหลักฐานเชิง ประจักษ์ (ร้อยละ 6.66) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการนำ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้อง ผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ที่สร้างจากหลักฐานเชิง ประจักษ์มาใช้ทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทาง คลินิกลดลงไปจนถึงไม่เกิดขึ้นเลย ร่วมกับห้อง ผ่าตัดนำหลักการการจัดการความปลอดภัยของ ผู้ป่วยมาใช้ในรูปแบบ Surgical Safety Checklist ทุกระยะของการผ่าตัด คือ Sign in, Time out และ Sign out ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการ ผ่าตัด ลดการเกิดอุบัติเหตุ และลดการฟ้องร้อง ตามมาอีกด้วย สอดคล้องกับวิทยานิพนธ์ของ ศันสนีย์ รุ่งรัตน์รัชชัย (2554) การพยาบาลผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด และสอดคล้องกับ การศึกษาของ เรมวาล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (2557) ได้ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของ ผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลเขตภาคเหนือที่พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและผลลัพธ์ ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ใน ระดับสูง

ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับ การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 9.70) ซึ่งจำแนกเป็นรายข้ออยู่ในระดับ มาก (Mean = 9.83) คือ ทีมรักษาทำให้ท่านอบอุ่น และไว้วางใจ, ได้รับคำแนะนำ/การปฏิบัติอย่าง เหมาะสม, พึงพอใจในการดูแล / ให้บริการทำให้ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการรักษาในครั้งนี้ อธิบายได้ว่า บุคลากรเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพสร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจในการรักษาให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยนำหลักการการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอนมาใช้ควบคู่กับแนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาล กาฬสินธุ์ในการดูแลทั้งระยะก่อนการผ่าตัด ระยะ ขณะผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วย ปลอดภัยส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ ในการรักษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า คู่มือแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้อง ผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สามารถนำมาเป็น ต้นแบบในการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่อง เพื่อเป็น มาตรฐานคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อ กระเจกในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป
2. จากผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้อง ผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในครั้งนี้สามารถลด อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากการผ่าตัดต่อกระเจก ดังนั้นผู้บริหาร หรือทีมห้องผ่าตัดควรส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเรื่อง ที่สอดคล้องหรือต่อยอดกับการพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจกห้อง ผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- จิรัชยา เจียวกิก และคณะ. (2557). ความรู้ความสามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระเจก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์).มหาวิทยาลัยหาดใหญ่, สงขลา.



- คันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษด้วยการผ่าตัด. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, ปทุมธานี.
- สมชัย วงศ์เวชสวัสดิ์. (2558). ตาบอดจากโรคต้อกระจกในประเทศไทย. จักษุเวชสาร 2560 ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 หน้า 125-134.
- Apt L et al. (2014). Outpatient topical use of povidone-iodine in preparing the eye for surgery. Ophthalmology; 96: 289-92.
- Bates AK, Cheng H. (2015). Bullous keratopathy: a study of endothelial cell morphology in patients undergoing cataract surgery. Br J Ophthalmol; 72:409-412.
- Bourne WM, Nelson LR, Hodge DO. (2017). Continued endothelial cell loss ten years after IOL implantation. Ophthalmology; 101: 1014-1022.
- Foster A, Johnson GJ. (2018). Magnitude and causes of blindness in the developing world. Int Ophthalmol; 13: 135-140.
- Klein BEK, Klein R, Linton KLP. (2016). Prevalence of age-related lens opacities in a population. The Beaver Dam eye study. Ophthalmology; 99: 546-552.
- Keeney AH. (2018). The eye and the work place: Special considerations. In: Duane TD, Jaeger ED, eds. Clinical Ophthalmology. Philadelphia: JB Lippincott Co; 5.
- Perlman JAM, Klein BEK, Klein R, Ritter LL et al. (2017). Relation between lens opacities and vitamin and mineral supplement use. Ophthalmol. 101: 315-325.
- Sommer A, Tielsch JM, Katz J et al. (2017) Racial differences in the cause-specific prevalence of blindness in East Baltimore. N Engl J Med; 325: 1412-1417.
- Schwab L, Taylor HR. (2016). Cataract and delivery of surgical services in developing countries. In: Duane TD, Jaeger ED, eds. Clinical Ophthalmology. Philadelphia: JB Lippincott Co; 5.
- Taylor HR, West SK, Rosenthal FS et al. (2017). Effect of ultraviolet radiation on cataract formation. N Engl J Med. 319: 1430-1433.



การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา

The nursing of Modified Radical Mastectomy Patients cares at Kalasin Hospital: A case study

(Received: December 7,2021; Accepted: December 20,2021)

ณัฏฐิญา จินดากุล¹

Natteya Jindakul¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม 2) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากบัตรบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม ที่มารับบริการการผ่าตัดในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ย้อนหลังของเดือนเมษายน 2563

โดยนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และทฤษฎีความพร้อมในการดูแลของโอเร็มมาใช้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีประเด็นปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม และนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและนำแนวคิดกระบวนการพยาบาลกำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนนำทักษะประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดมะเร็งเต้านมมาใช้ พบว่าผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบองค์รวม, ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม

Abstract

This study is aimed 1.) To practice holistic nursing care patients in Modified Radical Mastectomy kalasin hospital. 2.) Keep patients safe from complications during treatment at the hospital. storage cards medical records of patient admit Modified Radical Mastectomy at the service who underwent operative room at kalasin hospital data were collected during the past 1 year in April 2020

By applying the concept, Gordon of Functional Health Pattern and Orem's self-care competency theory. The results showed that all 2 patients. The problem is the same and different after the study was to analyze the issues holistic nursing and is defined as concept and nursing diagnoses nursing process defined as covering both the physical, mental, emotional, and social. As well as the skill, experience, and expertise in the care of patients with Modified Radical Mastectomy used. Found that the patients safe from complication

Keywords: holistic care, Modified Radical Mastectomy Patients care

บทนำ

จากสถิติทั่วโลกพบว่า หนึ่งในสิบคนของผู้ป่วยมะเร็งร้ายใหม่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (Bray, McCarron, & Parkin, 2017) มีจำนวนสูงสุดของมะเร็งในผู้หญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 23 (Jemal et al., 2019) พบอุบัติการณ์ในประเทศพัฒนา 100 ใน 100,000 คน (WHO, 2018) เป็นสาเหตุการตายของผู้หญิงทั่วโลกประมาณ 7.6 ล้านคนต่อปี (Jemal et al., 2019) สำหรับประเทศไทยนั้นพบอุบัติการณ์ 20-

30 ใน 100,000 คน และในทุกๆ 2 ชั่วโมงจะพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ถึง 3 รายซึ่งยังไม่แนับรวมผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ยังตรวจไม่พบหรือยังไม่ได้เข้ารับการรักษา โรคมะเร็งเต้านมนั้นเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในหญิงไทยรองจากโรคมะเร็งปากมดลูก แต่เนื่องจากแนวโน้มของอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มะเร็งเต้านมจึงกลายมาเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดจากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของสถาบัน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



มะเร็งแห่งชาติ และล่าสุดสถิติสาธารณสุขของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ปีพ.ศ. 2561 พบว่าหญิงไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ 13,000 คนต่อปี หรือ 35 คนต่อวัน ซึ่งมีแนวโน้มจะมากขึ้นทุกปี ทำให้มะเร็งเต้านมถือเป็นสาเหตุการป่วยและเสียชีวิตของผู้หญิงไทยมากเป็นอันดับ 1 และในปัจจุบัน 3 จังหวัดที่มีอุบัติการณ์สูงตามลำดับ คือ ชลบุรี กรุงเทพมหานคร และระยอง โดยอยู่ที่ประมาณ 34 ถึง 40 รายต่อประชากรเพศหญิง 100,000 คน ซึ่งจะสังเกตได้ว่าทั้งหมดล้วนเป็นจังหวัดที่มีการเจริญเติบโตทางสังคมและเศรษฐกิจและเป็นที่อุตสาหกรรมหลายแห่ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561)

สำหรับประเทศไทย พบว่าผู้หญิงไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมถึงวันละ 7 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) มะเร็งเต้านมจึงเรียกได้ว่าเป็นภัยร้ายใกล้ตัวที่ผู้หญิงทุกคนควรระวังเรียนรู้วิธีการดูแลตัวเองให้ห่างไกลโรค และเมื่อเป็นแล้วก็ต้องรู้จักรักษาให้ถูกต้องกับชนิดของมะเร็งที่เป็น หลังพบว่าผู้หญิงวัยรุ่นอายุน้อยก็สามารถป่วยเป็นมะเร็งเต้านมได้และความรุนแรงของโรคมะเร็งมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก อาจจะอธิบายได้จากรูปแบบชีวิตที่เปลี่ยนไปตามความเจริญของสังคม เมืองอุตสาหกรรมจึงทำให้มีโอกาสนสัมผัสสารก่อมะเร็งหรือปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งได้มาก สตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจเอกซเรย์ด้วยแมมโมแกรมปีละครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านม หากพบก้อนมะเร็งยิ่งเล็กลงยิ่งมีโอกาสรักษาหายขาด ปัจจุบันการรักษามะเร็งเต้านม มีทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายแสงต้านฮอร์โมน การรักษาด้วยยากลุ่มใหม่ๆการรักษาจะไม่ใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง แต่จะใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด ส่วนใหญ่แล้วถ้ามาในระยะเริ่มต้นการรักษา มักทำด้วยวิธีการผ่าตัดก่อน ซึ่งการผ่าตัดก็จะมี 2 วิธี หลักคือวิธีที่ 1 คือการผ่าตัดแบบเก็บเต้านมไว้ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองไปตรวจ ซึ่งวิธีนี้จำเป็นต้องได้รับการฉายแสงร่วมด้วย และวิธีที่ 2 การตัดเต้านมออกทั้งหมดร่วมกับการเลาะต่อมน้ำ

น้ำเหลืองที่รักแร้ วิธีนี้เรียกว่า Modified Radical Mastectomy ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งในเรื่องของความรู้ ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยขณะผ่าตัด และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือจะต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือพื้นฐาน และเครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างครบถ้วน และตรวจสอบการใช้งานของอุปกรณ์และเครื่องมือทุกชิ้นให้มีสภาพพร้อมใช้งาน พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและให้ข้อมูลผู้ป่วยซึ่งมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติหลังผ่าตัดวิธีการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยให้เท่าทันกับการรักษาใหม่ๆเพื่อสามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลถูกต้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถิติบริการพบว่าผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์พบว่า ปี 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 101 ราย, 112 ราย และ 97 ราย (โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2562-2564) รับเข้าไว้ดูแลทั้งหมดตามลำดับ

ดังนั้นการพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องแม่นยำจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะได้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก ผู้ศึกษาได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเป็นอย่างมากจึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวมความรู้ด้านวิชาการการพยาบาลและประสบการณ์จากการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์



วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 รายโดยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน, ประวัติการเจ็บป่วย, ประวัติครอบครัว, ข้อมูลทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของแพทย์เพื่อเป็นข้อมูลนำไปวิเคราะห์ที่จะประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมแล้วมากำหนดเป็นแผนการพยาบาลองค์รวม โดยใช้

กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีปัญหาที่เหมือนและแตกต่างกันไป ในระหว่างเดือนเมษายน 2563 โดยเก็บข้อมูลจากสมุดบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการศึกษา

1. รายงานผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายงานผู้ป่วยของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลการตรวจร่างกาย	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 43 ปี มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน ด้วยคลำพบก้อนใต้เต้านมข้างขวาไม่มีอาการปวด สงสัยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ แพทย์ตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนขนาด 3 x 5 เซนติเมตร ผิวขรุขระ กดไม่เจ็บ บริเวณเต้านมข้างขวาส่วนบน ผลการตรวจ Mammogram พบว่ามี microcalcification LUOQ with multiple axillary nodes และได้ตัดชิ้นเนื้อของก้อนที่เต้านมข้างขวาส่งตรวจ ผลพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก (invasive ductal carcinoma grade I) แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยรับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมข้างขวา ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเพื่อเตรียมผ่าตัด	ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 54 ปี มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ด้วยมีก้อนที่เต้านมข้างซ้ายไม่มีอาการปวด แพทย์ตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนขนาด 6 x 8 เซนติเมตร ผิวขรุขระ กดไม่เจ็บ บริเวณเต้านมข้างซ้ายส่วนบน ผลการตรวจ Mammogram พบว่ามี microcalcification LUOQ with multiple axillary nodes และได้ตัดชิ้นเนื้อของก้อนที่เต้านมข้างซ้ายส่งตรวจ ผลพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะแรก (invasive ductal carcinoma grade I) แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยรับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมข้างซ้าย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงเพื่อเตรียมผ่าตัด
ผิวหนัง	ปกติไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่ซีด	ปกติไม่มีผื่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่ซีด
ศีรษะใบหน้า	ปกติ ผมสั้นสีดำรวบผมเรียบร้อย	ปกติ ผมยาวสีดำสั้น
ตา หู จมูก	ตามองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด หูและจมูกปกติ	ตามองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง เยื่อบุตาไม่ซีด หูและจมูกปกติ
ริมฝีปาก	ปกติ ฟันปกติไม่มีฟันผุ ฟันโยก ฟันปลอม	ปกติ ฟันปกติไม่มีฟันผุ ฟันโยก ฟันปลอม
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที
หัวใจ	เต้นสม่ำเสมอในอัตรา 68 - 90 ครั้ง/นาที	เต้นสม่ำเสมอในอัตรา 72 -100 ครั้ง/นาที
ระบบประสาท	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ	การเคลื่อนไหว การรับรู้ปกติ
เต้านมและอวัยวะสืบพันธุ์	มีก้อนที่เต้านมข้างขวาขนาด 3 เซนติเมตร ไม่มีอาการปวด และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ	มีก้อนที่เต้านมข้างซ้ายขนาด 6 เซนติเมตร ไม่มีอาการปวด และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ
สภาพจิตใจและอารมณ์	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	รู้สึกตัวดี รับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
อาการสำคัญ	คลำพบก้อนใต้เต้านมข้างขวา ไม่มีอาการปวด	มีก้อนที่เต้านมข้างซ้าย ไม่มีอาการปวด

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด 1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	- ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมถึงความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับการรักษา การคาดการณ์ถึงสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ประเมินการเข้ารับการรักษาดังด้วยการผ่าตัดที่ผ่านมา และแหล่งสนับสนุนทางสังคม - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและกิจวัตรในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง - ประเมินอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ สิ้นหายใจ เครียด หงุดหงิด - ให้เวลาในการพูดคุยและระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลแสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย - ใช้การสัมผัสเมื่อถ่ายทอดความห่วงใยและเอาใจใส่ - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค เหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัดข้อดีที่ได้จากการผ่าตัด ข้อสงสัยถ้าไม่ทำผ่าตัดจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และแก้ไขความเข้าใจที่ผิดหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง - เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และแพทย์ในการซักถามข้อสงสัยจากศัลยแพทย์โดยตรงในขณะที่แพทย์อธิบายผู้ป่วยพยาบาล ควรอยู่ด้วยเมื่อมีอะไรที่ยังสงสัยหรือไม่ชัดเจน พยาบาลควรอธิบายเพิ่มเติม - ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกฝ่ายพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ - แนะนำให้ใช้เทคนิค การผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การฟังดนตรี การอ่านหนังสือ การทำสมาธิ และการบริหารการหายใจ - ให้ข้อมูลแก่บุคคลในครอบครัวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล และขอความร่วมมือเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วย <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ศัลยแพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ด้วยความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการที่จะรับการรักษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเต้านมเนื่องจากทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์ - เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	- ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยด้านการรับรู้ ภาวะทางจิตใจ อารมณ์ สังคม - อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคและเหตุผลความจำเป็นในการผ่าตัดเต้านม โดยถ้าผู้ป่วยไม่รับการรักษาอาจทำให้ระยะของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงและก้อนที่เต้านมจะมีขนาดใหญ่ขึ้น อาจทำให้เกิดแผลขึ้นได้ และโรคจะมีการกระจายไปยังอวัยวะต่างๆ รวมทั้งอธิบายขั้นตอนต่างๆในการผ่าตัด เพื่อให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับทีมแพทย์และพยาบาลที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด - พูดคุยปลอบใจให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่างๆและข้อซักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี - แนะนำให้ผู้ป่วยพูดคุยกับผู้ป่วยรายอื่นที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมไปแล้ว และประสบความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพ - ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลงเข้าใจในความจำเป็นที่ต้องได้รับการผ่าตัด
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 2)	- สังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการ อาการแสดง และติดตามประเมินสภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดย 1.1) วัดสัญญาณชีพ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง 1.2) สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่ได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น หอบ เหนื่อย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง และวัดค่า $O_2 Sat$ 1.3) ประเมินผู้ป่วยจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Lab, EKG, CXR หากพบมีความผิดปกติต้องรีบประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ทันที เพื่อรักษาแก้ไขก่อนผ่าตัด 1.4) ดูแลให้อ่อนปวกผ่อนอย่างเพียงพอ - ดูแลให้รับประทานยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา คือ Amlodipine 5 mg 1 tab oral OD - บันทึกสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออกทุก 8 ชั่วโมง - แนะนำและดูแลให้จำกัดปริมาณโซเดียมในสารน้ำและอาหาร <u>ประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา



ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	- สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 70 - 90 ครั้ง/ นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 120/80 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท – ระบบประสาทปกติ และค่า O₂ Sat = 98 - 100% - ผลการตรวจร่างกาย Lab, EKG, CXR อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระยะขณะผ่าตัด 1. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะวางยาสลบและป้องกันการสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าหลอดลม กรณีศึกษาที่ 1 และ 2	1. ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำก่อนการผ่าตัดจากผู้ป่วยและในบันทึกรายงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ซักถามประวัติการแพ้ยาและโรคประจำตัวอื่น ๆ ว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งแพทย์ 2. ตรวจสอบการลงนามยินยอมการรักษาโดยการผ่าตัด 3. ตรวจสอบของมีค่าและฟันปลอมของผู้ป่วยว่าได้ถอดเก็บเรียบร้อยแล้วก่อนไปห้องผ่าตัด 4. ตรวจสอบผลการขึ้นสูตรต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการและผลการตรวจร่างกายจากรายงานประวัติผู้ป่วย 5. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 5 นาที ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ 6. ตรวจสอบอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึกให้พร้อมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ 7. ตรวจสอบเครื่องมือและอุปกรณ์ การดูดเสมหะให้มีพร้อมและใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
2. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการจัดทำและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำและนอนท่าเดิมเป็นเวลานาน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยจัดให่นอนหงายราบบนเตียงผ่าตัดให้ศีรษะของผู้ป่วยวางอยู่บนเตียงถูกต้องตามกายวิภาคศาสตร์ ใช้ Gel pad รองบริเวณลำตัวและรองส่วนต่างๆ ของร่างกายที่จะมีน้ำหนักกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ ได้แก่ ไหล่ ข้างซ้าย สะโพก สันเท้า และรองศีรษะ 2. ใช้ผ้ารองที่ไหล่ ข้างขวา และซ้าย เพื่อให้ระหว่างผ่าตัดแพทย์ผ่าตัดต่อน้ำเหลือง, Axillary ได้สะดวก ระวางอย่าให้มีช่องว่าง ให้ไหล่และแขนอยู่ในระดับเดียวกัน 3. แขนข้างขวากางออกด้านข้างวางบนที่วางแขน (arm board) ในแนวไม่เกิน 90 องศา กับลำตัวโดยหายใจขึ้นเพื่อป้องกันการกดทับกับ Ulnar nerve และเส้นประสาท Brachial plexus ท่อแขนด้วยผ้าพันด้วย Elastic bandage 4. จัดขาทั้ง 2 ข้างวางแยกกันเล็กน้อยระวางอย่าให้ขาเกยกันเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาทบริเวณข้อพับเข่า (peroneal and tibial nerve) และเท้าทั้ง 2 ข้างวางอยู่บนเตียงอย่าให้เลยออกนอกเตียงผ่าตัด 5. ดูแลให้แก้นผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งสามารถ Flexion ได้และใช้หมอนใบใหญ่รองบริเวณใต้เข่าทั้งสองข้างและทำการทดสอบการ Flexion ของเตียงผ่าตัดว่าผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 7. ใช้หมอนรองใต้เท้า เพื่อรองรับน้ำหนักเท้า และป้องกันการบาดเจ็บของปุ่มกระดูก 8. ใช้ผ้ารัดขาเหนือเข่า 2 นิ้ว (body strap) แน่นพอสมควรเอานิ้วสอดได้ 3 นิ้ว (3 fingers breath) เพื่อป้องกันผู้ป่วยตก โดยมีผ้ารองระหว่างผ้ารัดขากับผิวหนัง การประเมินผลทางการพยาบาล - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ เช่น ไม่มีแดงบริเวณปุ่มกระดูก ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นประสาท
3. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจากการผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทจากการผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินลักษณะของพยาธิสรีระก่อนและเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมกับการผ่าตัดของอวัยวะต่างๆ เช่น ชนิดของ Retractor เช่น Richardson Retractor และ Army Navy Retractor 2. ปรับเครื่องจี้ไฟฟ้าให้มีกำลังไฟที่ค่าลงต่ำและเหมาะสมตามความต้องการของแพทย์ เพราะกำลังไฟที่ค่าสูงจะทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาท 3. ในขณะที่ผ้าบริเวณ Axillary ไม่ใช้ Suction เข้าไปดูด ให้เตรียม Swab หรือ Gauze เพื่อซับเลือดแทน เพราะแรงการดูดของ Suction จะไปทำลายเนื้อเยื่อและเส้นประสาทเกิดการ Truma ได้ 4. เตรียมอุปกรณ์ไว้ผูกเส้นเลือดบริเวณ Axillary เช่น เตรียม Right angle clamp feed Silk 2/0 และ Silk 3/0 ให้พร้อมใช้งาน การประเมินผลทางการพยาบาล - ผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเส้นประสาท Brachial plexus Thoracodorsal nerve และ Long thoracic nerve
4. เสี่ยงต่อการเสียเลือดจากการผ่าตัด วัตถุประสงค์	1. ประเมินลักษณะทางกายวิภาคของเต้านม และประเมินการเสียเลือดบริเวณแผลผ่าตัด 2. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้สำหรับห้ามเลือด เช่น เครื่องจี้ Monopolar, Swab, curve Arterial clamp, Right angel และ silk 2-0/3-0

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	3. Observe Vital sign ถ้าพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา คือ 5% DN/2 1,000 ml vein drip 80 ml/hr. 5. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรือไม่ ถ้ามีรายงานแพทย์ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยได้รับการห้ามเลือดอย่างทั่วถึงที่ เสียเลือดเล็กน้อย การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น - สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดทั้งหมด 50 มิลลิลิตร
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypothermia (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินภาวะอุณหภูมิร่างกายลดต่ำ 2. จัดให้ผู้ป่วยนอนหยาบและใช้ Bair Hugger คลุมบริเวณหน้าอกเพื่อให้ร่างกายอบอุ่น 3. ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ 18 - 22 องศาเซลเซียส 4. ดูแลคลุมผ้าให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด เปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำความสะอาดบริเวณที่จะผ่าตัดเท่านั้น 5. เตรียม 0.9 % NSS Irrigation อุ่นในการล้างอวัยวะในขณะผ่าตัด และใช้ swab ชุบน้ำอุ่นเช็ดตัวผู้ป่วย 6. เฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำโดยการวัดอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยและสังเกตจากอาการตัวเย็น ขนลุก หนาวสั่น ผิวหนังเย็นและแดง <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ไม่มีอาการแสดงถึงภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ผิวหนังและปลายนิ้วมือไม่ซีดเย็น - อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท
6. ป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อขณะผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ดูแลความสะอาดของร่างกายทั่วๆ ไป เช่น อาบน้ำ, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ผม, เล็บ, สะอาด 2. ทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด โดยการล้างมือให้สะอาด เช็ดมือและสวมถุงมือ 3. ใช้ Sponge Forceps พร้อม Gauze sterile ชุบน้ำยา Betadine Solution ทาบริเวณ หลังที่จะทำการผ่าตัดเป็นวงกลม ออกไปโดยรอบ รัศมี 8-12 นิ้วแล้ว Paint อีกครั้ง 4. ตรวจสอบเครื่องใช้ให้พร้อม โดยผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อทุกชิ้น 5. การหยิบใช้และส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำให้ปราศจากเชื้อโดยเคร่งครัด เช่น ไม่นำเครื่องมือที่ใช้แล้วไปวางรวมกับเครื่องมือที่ปราศจากเชื้อโรค <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อจากการผ่าตัด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60-130/70 mmHg ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที่
7. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองขณะได้รับยาระงับความรู้สึกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะเลือดออกในสมองขณะได้รับยาระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 2)	1. เตรียมยาลดความดันโลหิตให้พร้อมใช้งาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2. เฝ้าระวัง V/S, AWP, Capnograph, EKG, O₂ sat และอาการที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตลอดจนการให้ยา ระงับความรู้สึกเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที 3. ให้การพยาบาลตลอดจนทำการดูแล เช่น Intubation ด้วยความนุ่มนวล 4. หลีกเลี่ยงยาระงับความรู้สึกที่กระตุ้น Sympathetic เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความดันโลหิตสูง 5. ติดตามอาการและสัญญาณชีพจากเครื่อง Monitor อย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก <u>ประเมินผลการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดภาวะเลือดออกในสมองขณะได้รับยาระงับความรู้สึก คือ - ยาลดความดันโลหิตพร้อมใช้ก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก - หลังใส่ Intubation วัดความดันโลหิตสูงได้ไม่เกิน 20 % จากค่าเดิม - สัญญาณชีพปกติ หรือต่างจากค่าเดิมของผู้ป่วยไม่เกิน 20 % คือ ความดันโลหิต 120/80-130/90 mmHg ชีพจร 70-90 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที่
ระยะหลังผ่าตัด 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อป้องกันภาวะ Hypoxia	1. จัดทำผู้ป่วยให้นอนหยาบ ตะแคงหน้าไปด้านหนึ่งเพื่อให้เสมหะออกมาป้องกันการสำลัก 2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 6 ลิตร/นาที่ 3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนกว่าจะปกติและทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง 4. ดูแลให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะหนาวสั่น ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น



ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
(กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	5. ฟังเสียงหายใจ ถ้ามีเสมหะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ บ้วนอก มาหรือใช้เครื่องดูดเสมหะออกมากระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจแรงๆ 5. สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายนิ้วมือ ปลายเท้า <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว SpO ₂ 98 - 100 % สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 - 130/70 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70 - 100 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินสภาวะการรับรู้ ภาวะสุขภาพและผลกระทบ เช่น การปวดแผลทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า - ออกตื้นๆ 2. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายไม่มีเสียงรบกวนดูแลความสะอาดของรอบๆเตียงผู้ป่วย 3. พูดคุยปลอบโยนจิตใจให้ยอมรับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดบ้าง แนะนำระยะเวลาของการเจ็บปวดจากระยะแรกจะมากและจะค่อยๆ ทุเลาลงเรื่อยๆ 4. ประเมินตำแหน่งลักษณะความเจ็บปวดและความรุนแรงของความเจ็บปวดของผู้ป่วย ด้วยมาตรวัดความเจ็บปวดแบบPain score 0 - 10 คะแนน 5. จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า Semi fowler's position หัวสูง 45 องศา 6. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลหลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลที่หน้าอกข้างขวา 7. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Morphine 3 mg vein pm. หรือทุก 4 - 6 ชม. และ Paracetamol (500 mg) 1 tab oral pm. 8. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีบวมแดงหรือไม่ ถ้ามีรายงานแพทย์ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ - จาก Pain score 0 -10 ผู้ป่วยบอกว่า ปวดแผลผ่าตัดในระดับ 3 คะแนน
3. เสี่ยงต่อการมีภาวะเลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงแรก <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการมีภาวะเลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงแรก (กรณีศึกษาที่ 2)	1. ประเมินภาวะชัตจากปลายมือ ปลายเท้า ริมฝีปากและเปลือกตา 2. ประเมินสัญญาณชีพ เช่น V/S , O ₂ sat อย่างใกล้ชิด 3. ประเมินการเสียเลือดโดยดูจากแผลผ่าตัด และจาก bleeding ที่ออกมาที่สายระบายทั้ง 2 ขวด 4. เตรียม PRC 2 U ให้พร้อมตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อใช้ในกรณีที่เสียเลือดมาก 5. ดูแลให้สารน้ำ 5% DN/2 1,000 ml vein drip 60 ml/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยปลอดภัยจากการมีภาวะเลือดออกภายใน 24 ชั่วโมงแรก - สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120/80 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 70 - 90 ครั้ง/นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที
4. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อหลังผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกายก่อนไปห้องผ่าตัด 2. เตรียมยา Antibiotic ตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm ไป OR 3. เมื่อผู้ป่วยกลับมาจากห้องผ่าตัด - ประเมินสัญญาณชีพและบันทึก ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์ - ประเมินและสังเกตอาการของภาวะติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมาก แผลมีหนอง มี discharge ซึม 4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ เช่น ไม่ให้แผลถูกน้ำ, หากแผลมี discharge ซึมมาก ให้รีบแจ้งพยาบาลเพื่อเปลี่ยน Dressing แผลใหม่, ไม่ใช้มือจับแกะแผลและสังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากแผล เพราะทำให้แผลมีโอกาสติดเชื้อ อักเสบหรือหายช้าได้ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Cefazolin 1 gm vein then ทุก 6 hr in 24 hr. 6. แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่ซึม แผลแห้งดี, และสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	36.8 - 37.2 องศาเซลเซียส, ชีพจร 68 - 96 ครั้ง/ นาที, หายใจ 20 - 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 110/80 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท
5. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด วัตถุประสงค์ - เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัด 2. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดดังนี้ 2.1) การดูแลแผล - ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบกำหนดเปิดแผล แผลนี้เย็บด้วยไหมละลายไม่ต้องตัดไหม แต่ถ้าแผลบวมแดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น ปวดมาก และมีไข้ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด 2.2) อาหาร - แนะนำรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น - ไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารหมักดอง - ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว 2.3) การบริหารเพื่อป้องกันข้อไหล่ติด - ทำกายบริหารยกแขน นอนราบบนเตียงโดยให้หัวไหล่ผ่อนคลาย และจับมือประสานกันด้านหน้าจนแขนขึ้นเหนือศีรษะ โดยให้แขนเหยียดตรงอยู่ตลอดเวลา ทำค้างไว้ ประมาณ 5-10 วินาที แล้วค่อยๆลดระดับลง แล้วทำซ้ำ อีก 5-10 รอบ - ทำกางแขน ยืนวางแขนข้างลำตัว ยกแขนข้างผ่าตัดเต้านมออกด้านข้างขึ้นให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังจากยกแขนได้มากที่สุดแล้ว ให้ยกค้างไว้ประมาณ 5-10 วินาที หลังจากนั้นให้นำแขนลงมาวางข้างลำตัวตามเดิม ทำซ้ำอีก 5-10 ครั้ง - ทำได้กำแพง (ด้านข้าง) ยืนหันข้างเข้าหาฝ่ามือข้างผ่าตัดเต้านมวางทาบกับผนังค่อยๆ ใช้นิ้วไปตามผนังขึ้นไปพร้อมขยับตัวให้ชิดกำแพงเรื่อยๆพยายามให้ได้สูงขึ้นไป จนกระทั่งสามารถเหยียดแขนเหนือศีรษะเต็มที่ จากนั้นให้ยกแขนนิ่งไว้และนับ 1-5 อย่างช้าๆ หลังจากนั้นลดแขนลงมาวางข้างลำตัวตามเดิม ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง - ทำได้กำแพง (ด้านหน้า) ยืนหันหน้าเข้าหาฝ่ามือข้างผ่าตัดเต้านมวางทาบกับผนังค่อยๆ ใช้นิ้วไปตามผนังขึ้นไปพร้อมขยับตัวให้ชิด กำแพงเรื่อยๆพยายามให้ได้สูงขึ้นไป จนกระทั่ง สามารถเหยียดแขนเหนือศีรษะเต็มที่ ยกแขนได้สูงสุดแล้วให้ยกค้างไว้ นับ 1-5 ช้าๆแล้วนำแขนมาวางข้างลำตัวตามเดิม ทำซ้ำ 5-10 ครั้งเช่นกัน 2.4) หลีกเลี่ยงการยกของหนักหรือที่ต้องใช้แขนข้างที่ทำการผ่าตัดเต้านม 2.5) แนะนำการใส่เสื้อชั้นในหลังการผ่าตัด โดยใส่เสื้อชั้นในแบบไม่มีโครงขนาดที่ใหญ่กว่าขนาดเดิมที่เคยใส่ 1เบอร์ (เช่น ผู้ป่วยใส่ 75A เป็น 80A) 2.6) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ แผลผ่าตัดบวม แดง ร้อนหรืออักเสบมีหนอง ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด 2.7) การมาตรวจตามนัดอธิบายและเน้นให้เห็นความสำคัญในการมาตรวจตามนัด และประเมินผลการรักษาที่ผ่านมาเพื่อจะได้ทราบแนวทางการรักษาต่อไป 2.8) การดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากโรคนี้น่ากลัวมากพบในผู้ป่วยวัยกลางคน จึงมีความกังวลสูงควรประสานงานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงแนวโน้มของโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ เพื่อที่จะให้คำแนะนำและให้การดูแลด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสม <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องโดยสามารถตอบคำถาม ทบทวนความรู้ที่ให้ไปได้ถูกต้อง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

3. แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

1. ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบกำหนด

เปิดแผล แผลนี้เย็บด้วยไหมละลายไม่ต้องตัดไหม แต่

ถ้าแผลซึม บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น ปวดมาก และ มีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหาร เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพราะมีการเสียเลือด ในขณะที่ผ่าตัดจึงควรจะได้รับอาหารที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยโปรตีน เกลือแร่และวิตามิน ส่วนอาหารที่ควร หลีกเลี่ยง ได้แก่ อาหารหมักดอง ชา กาแฟ แอลกอฮอล์ หรือยาต้องเหล้า เป็นต้น

3. พยายามหลีกเลี่ยงการยกของหนัก การ ทำงานที่จะต้องขยับแขนอย่างรวดเร็วรุนแรงและซ้ำซาก

4. ระวังอย่าให้เกิดอุบัติเหตุหรือการติดเชื้อของแขนและมือข้างที่ทำผ่าตัด ควรสวมถุงมือ อย่างหนาขณะล้างขาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะใช้ ฝอยขัด สวมถุงมือขณะทำสวน สวมปลอกกันนิ้วเมื่อ เย็บผ้าและระวังอย่าให้เข็มตำนิ้ว ไม่ควรฉีดยา เจาะ เลือด หรือวัดความดันโลหิตที่แขนข้างนั้น ไม่ควรใช้ ผงซักฟอกที่มีฤทธิ์แรงซึ่งอาจทำให้เกิดอาการแพ้หรือ ระคายเคืองต่อผิวได้ หากจำเป็นต้องโกนขน โดยเฉพาอย่างยิ่งรักแร้ ควรใช้เครื่องโกนไฟฟ้า

5. ถ้ามีบาดแผลเกิดขึ้นต้องดูแลเป็นพิเศษ เพราะเมื่อแขนบวมแล้วจะติดเชื้อง่าย แม้เพียงรอย ถลอกหรือรอยไหม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้ติดเชื้อ ลุกลามไปได้

6. ถ้ามีอาการแขนบวม ปวด ร้อนแดง งดใช้ แขนข้างนั้นชั่วคราวและให้รีบมาพบแพทย์ทันที

7. ระวังอย่าให้มีวัตถุรัดแขนข้างที่ทำผ่าตัด อย่าสวมเครื่องประดับจนรัด หรือทำให้เกิดขีดข่วน อย่าสะพายของหนักบนบ่าข้างที่ทำผ่าตัด

8. ป้องกันไม่ให้ไหล แขน และมือถูกความร้อน ขณะทำอาหารควรสวมถุงมือกันความร้อน และ พยายามใช้แขนข้างที่ปกติให้มากที่สุด

9. หากผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ หลังผ่าตัด แนะนำให้ใส่เสื้อชั้นในและการใช้เต้านม เทียม

สรุปผลการศึกษา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในหญิงไทย การรักษาด้วยการผ่าตัดมีผล

ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ซึ่งจากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายของผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม พบว่ามีแผนการ รักษาของแพทย์ที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ดังนั้น พยาบาลจึงต้องใช้แนวทางการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่าง ครบคลุมทุกระยะตั้งแต่แรก รับใหม่ ระยะก่อน ผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด รวมถึงการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการนัดตรวจหลังผ่าตัด โดย การบริการพยาบาลทางหัตถการห้องผ่าตัด พยาบาล วิชาชีพประจำห้องผ่าตัดควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ มีความคล่องแคล่วว่องไวมีอารมณ์ที่ มั่นคง อดทน ซื่อสัตย์ มีปฏิญาณไหวพริบในการ แก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เป็นอย่างดีไม่ตื่นตระหนก ตกใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องใช้สติปัญญาในการ แก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดีอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความสามารถในการ ประสานงานกับทีมงาน เช่น ศัลยแพทย์ วิสัญญี แพทย์ พยาบาล และทีมบุคลากรทุกคน รวมถึงรับรู้ และถ่ายทอดปัญหาของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ให้ทีมบุคลากรรับทราบเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาของ ผู้ป่วยให้ลุล่วงไปด้วยดี ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และกลับไปใช้ ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

การดูแลพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบปัญหาที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในโรคที่ดำเนินอยู่ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด และวิตกกังวล เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองหลังการผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลควรจัดให้มีเอกสารหรือคู่มือสำหรับให้ ความรู้ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวก่อนและหลังการผ่าตัด จัดให้ความรู้รายบุคคล หรือมีการทำกลุ่มให้มีการพูดคุยกัน เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถปรับตนต่อการสูญเสียเต้านมภายหลังการ ผ่าตัด เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน รวมทั้งวิธีการปรับตัว ซึ่ง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสามารถยอมรับและ

ปรับตัวต่อภาวะการณ์สูญเสียภาพลักษณ์ได้ดี พร้อม
ทั้งควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หรือมี

การส่งต่อกับศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนเพื่อ
ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้านตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

- กองบรรณาธิการ. (2560). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง**. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ.
- ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และทพพร วงศ์หงษ์กุล. (2556). **มะเร็งเต้านม**. พิมพ์ครั้งที่3. เชียงใหม่: หจก. ธนุพรรัตน์ตั้ง.
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2564). **รายงานสถิติการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ปี 2562 - 2564**. เวชระเบียนแผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
- วิเชียร ศรีมนินทรนิมิต. (2558). **บทบาทของ Molecular Targeted Therapy ในการรักษามะเร็งชนิด solid tumors**. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยศึกษาและบำบัดโรคมะเร็ง สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์.
- วิระพล ภิมาลย์. (2560). **เภสัชกรรมบำบัดโรคมะเร็งเต้านม Pharmacotherapy in breast cancer** [Internet]. Available from: [http://kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval\).pdf](http://kpi.msu.ac.th/upload/ag_tor_ref_byval).pdf).
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). **สถิติมะเร็งเต้านม**. กรุงเทพฯ.
- สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจน์ศิลป์ และคณะ. (2558). **คู่มือความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการปฏิบัติตนเมื่อเข้ารับการรักษา**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bray, McCarron, & Parkin. (2017). **The Changing Global Patterns of Female Breast Cancer Incidence and Mortality**. Breast Cancer Research, Vol.6, No.6, pp. 229-239.
- Jemal et al. (2019). **Global breast cancer statistics**. Statistics of the breasts, 2(46), 732.
- World Health Organization (WHO). (2018). **Incidence breast cancer statistics**. The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization.

**การประเมินค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี(Exposure index:EI, Deviation index :DI)
ในการถ่ายภาพทรวงอกเด็กอายุ 0-12 ปี โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น**
**Assessment of The exposure indicators (Exposure index: EI, Deviation index: DI)
in chest imaging of children aged 0-12 years, Sirinthorn Hospital. Khon Kaen Province.**
(Received: November 14, 2021; Accepted: November 27, 2021)

ประภัศร ไกรหาญ¹
Prapatsorn Kraiharn¹
ดวงฤดี สุภมาตย์²
Duangruadee Supamart²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (Exposure index:EI, Deviation index :DI) อิงเกณฑ์เหมาะสมทั้งดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี EI และดัชนีชี้วัดการเบี่ยงเบนปริมาณรังสี ตามเกณฑ์ที่บริษัทผู้ผลิตระบบสร้างภาพดิจิทัลกำหนด จากภาพรังสีทรวงอกเด็กอายุ 0-12 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 -31 ธันวาคม 2562 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น รวมจำนวน 1,540 ภาพ โดยจัดแบ่งภาพรังสีตามช่วงอายุของเด็ก ได้แก่ กลุ่มเด็กอายุ 0-3 ปี กลุ่มเด็กอายุ 4-7 ปี และกลุ่มเด็กอายุ 8-12 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนภาพรังสีที่อยู่ในช่วงเกณฑ์เหมาะสม จำนวน 932 ภาพ (ร้อยละ 60.52) และอยู่นอกช่วงเกณฑ์เหมาะสมโดยอยู่ต่ำกว่าค่าเหมาะสม จำนวน 112 ภาพ (ร้อยละ 7.27) และสูงกว่าค่าเหมาะสมจำนวน 496 ภาพ (ร้อยละ 32.21) คำสำคัญ : การประเมินค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี , ถ่ายภาพทรวงอก , เด็กอายุ 0-12 ปี

ABSTRACT

This research was retrospective study aimed to Radiographic index (Exposure index: EI, Deviation index: DI) Based on the appropriate criteria for the exposure index and deviation index ($DI \pm 3$) according to the criteria specified by the digital imaging system manufacturer from chest x-ray of children aged 0-12 years. From 1 January 2017 - 31 December 2019 from electronic database Sirinthorn Hospital Khon Kaen Province, a total of 1,540 images. The radiographs were categorized according to the age of the children, namely children aged 0-3 years, children aged 4-7 years, and children aged 8-12 years. Data were analyzed by Descriptive statistics for general data are presented with number, percentage, mean, maximum value, minimum value, standard deviation.

The results showed that Number of radiographs within the appropriate range of 932 images (60.52%). And was out of the Optimal Range, being below 112 images (7.27%) and 496 images above Optimal (32.21%).

Keyword: Radiographic index, chest x-ray, children aged 0-12 years

¹ นักรังสีการแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ชำนาญงาน กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

ภาพถ่ายทางรังสีเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญในการช่วยวินิจฉัยโรคทางการแพทย์(Chhem, RK, 2010) โดยทบวงการพลังงานปรมาณูระหว่างประเทศ (International Atomic Energy Agency :IAEA) ประชาคมยุโรป (The European Community :EC), คณะกรรมการป้องกันรังสีแห่งชาติ (National Radiological Protection Board :NRPB), สมาพันธ์ฟิสิกส์การแพทย์ แห่งสหรัฐอเมริกา (American Association of Physicist in Medicine :AAPM) (IAEA, 2004), (European Commission, 1999), (Hart D, Hillier MC, Wall BF, 2002), (Gray JE, al, 2005) ได้ออกเอกสารเพื่อจำกัด ควบคุม และอ้างอิงระดับปริมาณรังสีที่ปลอดภัย (diagnostic reference levels :DRLs) เฉพาะภาพถ่ายรังสีระบบสกรีนฟิล์มเท่านั้น ส่วนระบบดิจิทัลซึ่งมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก ยังไม่มีการออกเอกสารใดๆออกมาควบคุม(ICRP, 2004) ระบบสร้างภาพดิจิทัลประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ เครื่องเอกซเรย์ แผ่นรับภาพ และระบบประมวลผลภาพ ซึ่งมีช่วงตอบสนองการใช้งานกว้างกว่าระบบฟิล์ม เช่น แสดงภาพทันทีที่จอภาพ สามารถปรับความเข้มและความต่างของภาพที่แสดงที่หน้าจอ ก่อนส่งภาพเข้าระบบเพื่อให้แพทย์วินิจฉัย เชื่อกันว่าระบบดิจิทัลจะช่วยลดปัญหาในการตั้งค่ารังสีที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถทราบค่าปริมาณรังสีที่แท้จริงที่ใช้ในการสร้างภาพ(Butler, M. L, al, 2010), (Lança, L, & Silva, A, 2008) เนื่องจากตัวรับภาพและส่วนที่แสดงภาพแยกออกจากกัน จึงไม่สัมพันธ์กับปริมาณรังสีที่ใช้ในการถ่ายภาพโดยตรง(Butler, M. L, al, 2010) จึงใช้ค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสี(exposure index: EI) ซึ่งบริษัทผู้ผลิตระบบสร้างภาพดิจิทัลได้กำหนดขึ้น เป็นตัวบ่งบอกความเหมาะสมของปริมาณรังสีโดยทางอ้อม ซึ่งจะแตกต่างจากระบบฟิล์มที่สังเกตได้ทันทีจากความขาวดำที่ปรากฏบนฟิล์ม(Lança, L, & Silva, A, 2008), (Shepard SJ, Wang J, Flynn M, et al, 2009) วิธีการได้มาของค่า EI ในแต่ละบริษัทผู้ผลิต มีค่าตัวเลข สัญลักษณ์ ที่แตกต่างกันออกไป ทำให้นักรังสีเทคนิคผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการใช้งาน

ดังนั้นคณะกรรมการอิลเลคโตรเทคนิคอลระดับสากล (International Electrotechnical Commission: IEC) และ AAPM จึงได้ร่วมมือกับบริษัทผู้ผลิต พัฒนาค่าดัชนีชี้วัดการเบี่ยงเบนปริมาณรังสี (deviation index: DI) (Shepard SJ, Wang J, Flynn M, et al, 2009), (Don, S. et al, 2012) เพื่อให้ผู้ใช้งาน สามารถประเมินความเหมาะสมของปริมาณรังสีที่ใช้ในการถ่ายภาพได้ง่ายขึ้น โดย DI เป็นค่าที่แสดงถึงความแตกต่างของปริมาณรังสีที่ใช้ในการถ่ายภาพจริงกับปริมาณรังสีที่เหมาะสม สำหรับการถ่ายภาพตามที่บริษัทผู้ผลิตกำหนดไว้

ในปี พ.ศ.2560 กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้ปรับเปลี่ยนการถ่ายภาพรังสีจากระบบสกรีนฟิล์ม เป็นระบบดิจิทัลของบริษัท Konica Minolta(2016) ซึ่งมีข้อเสนอแนะว่า การใช้รังสีที่เหมาะสมในการสร้างภาพ ควรให้ค่าดัชนีบ่งชี้การเบี่ยงเบนปริมาณรังสี DI เข้าใกล้เลขศูนย์(0) มากที่สุด โดยที่ค่าดัชนี DI ที่ยอมรับได้ควรมีค่าอยู่ระหว่าง -3 ถึง 3 (DI optimum range ± 3) ค่า DI ที่น้อยกว่า -3 หรือมากกว่า +3 ต้องทำการพิจารณาอาจต้องเอกซเรย์ซ้ำ โดยมีสมการในการคำนวณค่าดัชนี DI คือ $DI = 10 \log_{10} (EI/TI)$ ค่าดัชนี DI ที่เท่ากับ 0 หมายถึงค่าปริมาณรังสีที่ตัวรับภาพได้รับ เป็นค่าปริมาณรังสีที่อยู่ตรงกลาง ($EI=TI$) ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ของ AAPM ฉบับที่ 116(AAPM, 2009) จากงานวิจัยของต่างประเทศที่นำระบบการถ่ายภาพรังสีแบบดิจิทัลมาใช้ พบว่านักรังสีเทคนิคส่วนใหญ่เลือกตั้งค่าปริมาณรังสีสูง (over exposure) และอาศัยปรับแต่งภาพภายหลัง(Shepard SJ, Wang J, Flynn M, et al, 2009) เพราะการตั้งค่าปริมาณรังสีที่ต่ำ (under exposure) อาจส่งผลต่อภาพทำให้เห็นรอยโรคไม่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามหากตั้งค่าปริมาณรังสีที่สูงจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีที่สูงขึ้นโดยไม่จำเป็น ดังนั้นจึงควรมีการประเมิน และเฝ้าติดตามการให้ค่าปริมาณรังสีในการถ่ายภาพผู้ป่วย(Hart D, Hillier MC, Wall BF, 2002), (Gray JE, et al, 2005) จากการเก็บข้อมูลภาพถ่ายรังสีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 ถึง พ.ศ.2562(กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสิรินธร, 2563) พบว่าค่าดัชนีชี้วัดปริมาณ



รังสี (EI,DI) จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกเด็กมีค่าที่ต่ำกว่า และสูงกว่าเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งเด็กในช่วงอายุต่ำกว่า 12 ปี เป็นช่วงวัยที่กำลังเจริญเติบโต เซลล์ต่างๆ ในร่างกายมีการแบ่งตัวตลอดเวลาเพื่อสร้างอวัยวะต่างๆ อาจส่งผลต่อความไวในการตอบสนองต่อผลกระทบของรังสีมากกว่าผู้ใหญ่ การได้รับปริมาณรังสีที่น้อยที่สุด จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ดังนั้นเพื่อลดความเสี่ยงจากการได้รับรังสีเกินความจำเป็นในการถ่ายภาพรังสีในเด็ก โดยเฉพาะการถ่ายภาพรังสีซ้ำๆ หลายภาพ ดังนั้นจึงต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษถึงการใช้ปริมาณรังสีให้เหมาะสม(ปานฤทัย ตรีนวรัตน์ และคณะ ,2011) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (EI,DI) ที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผู้ป่วยเด็กอายุ 0-12 ปี จากฐานข้อมูล HOSxP โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อจำกัด ควบคุมปริมาณรังสีที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1 เพื่อประเมินร้อยละค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (Exposure index: EI, Deviation index:DI) ที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 0-12 ปี มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม หรือนอกเกณฑ์ที่เหมาะสมร้อยละเท่าไร ในปี พ.ศ. 2560- พ.ศ. 2562

2. เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาปรับปรุงการตั้งค่าปริมาณรังสีให้เหมาะสม

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective study) โดยศึกษาค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (Exposure index:EI, Deviation index :DI) จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกเด็กอายุ 0-12 ปี กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษา ช่วง 9 เดือน ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2563 – 30 เมษายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ไม่มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมภาพรังสีทรวงอกเด็กอายุ 0-12 ปี

ทั้งหมดที่เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2560-31 ธันวาคม พ.ศ.2562 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ระบบ HOSxP จำนวน 1,540 ภาพ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว และงานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติ และรับรองการทำ วิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย KEC64006/2564 วันที่รับรอง 10 กุมภาพันธ์ 2564 และสิ้นสุด 9 กุมภาพันธ์ 2565 ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือภาพรังสีทรวงอกเด็กอายุ 0-12ปี จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ระบบ HOSxP โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ช่วง3 ปี (1 มกราคม พ.ศ.2560- 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562) จำนวนทั้งสิ้น 1,540 ภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ประกอบไปด้วยช่องบันทึก ชื่อสกุล, อายุ, ค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสี (Exposure index: EI), ค่าดัชนีบ่งชี้การเบี่ยงเบนปริมาณรังสี (Deviation index: DI) และค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสีที่กำหนด (Target exposure index: TI) ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์แพทย์เฉพาะทางรังสี โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 2 ท่าน และนักรังสีเทคนิค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 ท่าน

การสร้างและตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ทำตามขั้นตอนวิธีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย นำมากำหนดขอบเขตและโครงสร้างแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล EI ,DI,TI ผู้วิจัยได้สร้างแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล โดยวิเคราะห์วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพิจารณาตัวแปรทั้งหมดที่ต้องศึกษา โดยมีรายละเอียดของแบบฟอร์ม ได้แก่

code number, อายุ, ค่าดัชนี บ่งชี้ ปริมาณ รังสี (Exposure index), ค่าดัชนี บ่งชี้ การเบี่ยงเบน รังสี (deviation index: DI) และค่าดัชนี บ่งชี้ วัดปริมาณรังสีที่กำหนด (target exposure index: TI)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ที่มีประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมและเหมาะสมของเนื้อหา กำหนดให้ตัวแปรการวิจัย หมายถึง ข้อมูลที่ต้องศึกษา แล้วนำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า พบว่า ค่า IOC มากกว่า 0.50 สรุปได้ว่าแบบเก็บข้อมูล มีความเหมาะสม ไม่ขัดจริยธรรมและสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการวัตถุประสงค์ ของตัวแปรที่ศึกษาถือว่าเครื่องมือมีความถูกต้องและมีความตรงตามเนื้อหา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลทั่วไป นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรวม 3 ปี พบว่าส่วนใหญ่เป็นภาพทรวงอกกลุ่มเด็ก อายุ 0-3 ปี จำนวน 775 ภาพ (ร้อยละ 50.32) กลุ่มอายุ 4-7 ปี จำนวน 429 ภาพ (ร้อยละ 27.87) และกลุ่มอายุ 8-12 ปี จำนวน 336 ภาพ (ร้อยละ 21.81)

2. ผลการประเมินค่าร้อยละของดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (Exposure index: EI, Deviation index: DI) ที่ใช้ในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในกลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ 0-12 ปี

ตารางที่ 1 แสดงผลการประเมินค่าดัชนี EI ในรูปค่าต่ำสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และค่าสูงสุด โดยอิงเกณฑ์ดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสีเบี่ยงเบน DI ± 3

ปี	กลุ่มอายุ	EI (Min)	EI (Median)	EI (mean $\pm$ S.D.)	EI (Max)
พ.ศ.2560	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	101.31	380.07	535.81 $\pm$ 393.68	2888.81
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	121.55	347.08	482.49 $\pm$ 327.41	1728.12
	กลุ่ม3 (8-12 ปี)	101.31	470.19	558.78 $\pm$ 369.44	1619.03
	รวม	101.31	377.51	524.23 $\pm$ 370.34	2888.81
พ.ศ.2561	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	144.36	581.99	621.45 $\pm$ 284.52	1314.99
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	159.02	519.52	580.53 $\pm$ 284.11	1257.16
	กลุ่ม3 (8-12 ปี)	114.67	440.63	558.82 $\pm$ 318.38	1343.38
	รวม	114.67	545.875	597.55 $\pm$ 292.16	1343.38
พ.ศ.2562	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	80.63	622.61	722.12 $\pm$ 493.25	2834.12
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	67.74	564.91	690.59 $\pm$ 510.97	2451.49
	กลุ่ม3 (8-12 ปี)	89.82	728.74	828.21 $\pm$ 496.87	2168.74
	รวม	67.74	628.33	741.18 $\pm$ 500.50	2834.12
รวม3ปี	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	80.63	533.73	622.51 $\pm$ 401.91	2888.81
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	67.74	471.64	574.86 $\pm$ 386.55	2451.49
	กลุ่ม3 (8-12 ปี)	89.82	571.66	658.22 $\pm$ 427.03	2168.74
	รวม	67.74	528.65	617.03 $\pm$ 404.19	2888.81
Konica lung set up (TI=375), (ค่าดัชนี EI อิงเกณฑ์ DI ± 3 เท่ากับ 189-747)					

จากตารางที่ 1 ปีพ.ศ.2560 กลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี, 8-12 ปี พบค่าดัชนี EI ต่ำสุด 101.31 121.55, 101.31 ค่าดัชนี EI สูงสุด 2888.81, 1728.12, 1619.03 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี EI เท่ากับ 535.81 $\pm$ 393.68, 482.49 $\pm$ 327.41, 558.78 $\pm$ 369.44 ตามลำดับ และรวมทุกกลุ่มอายุ พบค่าดัชนี EI ต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ 101.31, 2888.81 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี EI เท่ากับ 524.23 $\pm$ 370.34 ปี พ.ศ.2561 กลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี, 8-12 ปี พบค่าดัชนี EI ต่ำสุด 144.36, 159.02, 114.67 ค่าดัชนี EI สูงสุด 1314.99, 1257.16, 1343.38 ค่าเฉลี่ยและส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี EI เท่ากับ 621.45 ± 284.52 , 580.53 ± 284.11 , 558.82 ± 318.38 ตามลำดับ รวมทุกกลุ่มอายุ พบค่าดัชนี EI ต่ำสุดและค่าสูงสุด เท่ากับ 114.67, 1343.38 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี EI เท่ากับ 597.55 ± 292.16 ปี พ.ศ.2562 กลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี 8-12 ปี พบค่าดัชนี EI ต่ำสุด 80.63, 67.74, 89.82 ค่าดัชนี EI สูงสุด 2834.12, 2451.49 2168.74 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี EI เท่ากับ 722.12 ± 493.25 , 690.59 ± 510.97 , 828.21 ± 496.87 ตามลำดับ และรวมทุกกลุ่มอายุ พบค่าดัชนี EI ต่ำสุดและค่าสูงสุด เท่ากับ 67.74 2834.12 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี EI เท่ากับ 741.18 ± 500.50 ภาพรวมสามปี รวมทุกกลุ่มอายุ พบค่าดัชนี EI ต่ำสุด 67.74 ค่าสูงสุด 2888.81 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี EI เท่ากับ 617.03 ± 404.19

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมิน ค่าดัชนี DI ในรูปค่าต่ำสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด

ปี	กลุ่มอายุ	DI (Min)	DI (Median)	DI (mean $\pm$ S.D.)	DI (Max)
พ.ศ.2560	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	-5.68	0.06	0.55 ± 2.91	8.87
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	-4.89	-0.34	0.21 ± 2.73	6.64
	กลุ่ม3 (8-12 ปี)	-5.68	0.98	0.80 ± 2.90	6.35
	รวม	-5.68	0.03	0.50 ± 2.86	8.87
พ.ศ.2561	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	-4.15	1.91	1.67 ± 2.26	5.45
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	-3.73	1.42	1.33 ± 2.30	5.25
	กลุ่ม3(8-12 ปี)	-5.15	0.70	1.03 ± 2.51	5.54
	รวม	-5.15	1.63	1.44 ± 2.33	5.54
พ.ศ.2562	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	-6.68	2.20	1.65 ± 2.04	8.78
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	-7.43	1.78	1.33 ± 2.89	8.15
	กลุ่ม3(8-12 ปี)	-6.21	2.89	2.46 ± 2.62	7.62
	รวม	-7.43	2.24	1.78 ± 3.47	8.78
รวม 3 ปี	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	-6.68	1.53	1.27 ± 2.95	8.87
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	-7.43	1.00	0.90 ± 2.94	8.15
	กลุ่ม3(8-12 ปี)	-6.21	1.83	1.49 ± 2.99	7.62
	รวม	-7.43	1.49	1.22 ± 2.96	8.87

จากตารางที่ 2 ปี พ.ศ. 2560 กลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี, 8-12 ปี พบค่าดัชนี DI ต่ำสุด -5.68 -4.89, -5.68 ค่าดัชนี DI สูงสุด 8.87, 6.64, 6.35 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี DI เท่ากับ 0.55 ± 2.91 , 0.21 ± 2.73 , 0.80 ± 2.90 ตามลำดับ รวมทุกกลุ่มอายุ พบค่าดัชนี DI ต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ -5.68, 8.87 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี DI เท่ากับ 0.50 ± 2.86 ปี พ.ศ.2561 กลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี, 8-12 ปี พบค่าดัชนี DI ต่ำสุด -4.15, -3.73, -5.15 ค่าดัชนี DI สูงสุด 5.45, 5.25, 5.54 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี DI เท่ากับ 1.67 ± 2.26 , 1.33 ± 2.30 , 1.03 ± 2.51 ตามลำดับ รวมทุกกลุ่มอายุ พบค่าดัชนี DI ต่ำสุดและสูงสุดเท่ากับ -5.15, 5.54 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี DI เท่ากับ 1.44 ± 2.33 ปีพ.ศ.2562 กลุ่มอายุ 0-3 ปี, 4-7 ปี 8-12 ปี พบค่าดัชนี DI ต่ำสุด -6.68 -7.43, -6.21 ค่าดัชนี DI สูงสุดเท่ากับ 8.78, 8.15, 7.62 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี DI เท่ากับ 1.65 ± 2.04 , 1.33 ± 2.89 , 2.46 ± 2.62 ตามลำดับ ภาพรวมสามปีพบค่าดัชนี DI ต่ำสุดและค่าสูงสุดเท่ากับ -7.43, 8.78 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี DI เท่ากับ 1.78 ± 3.47 ภาพรวมสามปีรวมทุกกลุ่มอายุ พบค่าดัชนี DI ต่ำสุด -7.43 ค่าดัชนี DI สูงสุด 8.87 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนี DI เท่ากับ 1.22 ± 2.96

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนภาพรังสีทรวงอก ค่าร้อยละ ค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี DI อิงเกณฑ์เหมาะสม

เกณฑ์	กลุ่มอายุ	พ.ศ.2560		พ.ศ.2561		พ.ศ.2562		รวม 3 ปี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าค่า เหมาะสม (DI < -3)	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	17	3.14	8	1.56	26	5.36	51	3.31
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	21	3.88	3	0.58	15	3.09	39	2.53
	กลุ่ม3(8-12 ปี)	11	2.03	1	0.19	10	2.06	22	1.43
	รวม	49	9.06	12	2.33	51	10.52	112	7.27
อยู่ในช่วงค่า เหมาะสม (-3 < DI < 3)	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	185	34.20	171	33.27	106	21.86	462	30.00
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	112	20.70	93	18.09	63	12.99	268	17.40
	กลุ่ม3(8-12 ปี)	73	13.49	72	14.01	57	11.75	202	13.12
	รวม	370	68.39	336	65.37	226	46.60	932	60.52
สูงกว่าค่า เหมาะสม (DI > 3)	กลุ่ม1 (0-3 ปี)	67	12.38	90	17.51	105	21.65	262	17.01
	กลุ่ม2 (4-7 ปี)	31	5.73	45	8.75	46	9.48	122	7.92
	กลุ่ม3(8-12 ปี)	24	4.44	31	6.03	57	11.75	112	7.27
	รวม	122	22.55	166	32.30	208	42.89	496	32.21
รวมทั้งหมด		541	100.00	514	100.00	485	100.00	1540	100.00

จากตารางที่ 3 พบว่า ปี พ.ศ.2560 ภาพรังสีทรวงอกที่มีค่าดัชนี DI ต่ำกว่าค่าเหมาะสม (DI < -3) รวมทุกกลุ่มอายุ 49 ภาพ (ร้อยละ 9.06) ปี พ.ศ.2561 จำนวน 12 ภาพ (ร้อยละ 2.33) ปี พ.ศ.2562 จำนวน 51 ภาพ (ร้อยละ 10.52) ภาพรวมสามปี รวมทุกกลุ่มอายุ จำนวน 112 ภาพ (ร้อยละ 7.27) ภาพรังสีทรวงอกอยู่ในช่วงค่าเหมาะสม (DI $\pm$ 3) ปี พ.ศ.2560 รวมทุกกลุ่มอายุ จำนวน 370 ภาพ (ร้อยละ 68.39) ปี พ.ศ.2561 จำนวน 336 ภาพ (ร้อยละ 65.37) ปี พ.ศ.2562 จำนวน 226 ภาพ (ร้อยละ 46.60) ภาพรวมสามปี รวมทุกกลุ่มอายุ จำนวน 932 ภาพ (ร้อยละ 60.52) ภาพรังสีทรวงอกสูงกว่าค่าเหมาะสม (DI > +3) ปี พ.ศ.2560 รวมทุกกลุ่มอายุ 122 ภาพ (ร้อยละ 22.55) ปี พ.ศ.2561 จำนวน 166 ภาพ (ร้อยละ 32.30) ปี พ.ศ.2562 จำนวน 208 ภาพ (ร้อยละ 42.89) ภาพรวมสามปี รวมทุกกลุ่มอายุ จำนวน 496 ภาพ (ร้อยละ 32.21)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ทำให้ผู้วิจัยทราบแนวโน้มค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (Exposure index: EI, Deviation index: DI) จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกผู้ป่วยเด็กช่วงอายุ 0-12 ปี ในช่วง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 -พ.ศ.2562 ตรงตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ในการประเมินค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (EI, DI) จากผลการวิจัย พบประเด็นการเบี่ยงเบนค่าดัชนี EI, DI อยู่นอกช่วงค่าที่เหมาะสม มีทั้งค่าที่ต่ำกว่าค่าเหมาะสม และสูงกว่าช่วงค่าเหมาะสม พบร้อยละ 60.52 อยู่ในช่วงค่าเหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ (ค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี EI, DI จากภาพรังสีทรวงอกผู้ป่วยเด็กอายุ 0-12 ปี มีค่าอยู่ในเกณฑ์เหมาะสมมากกว่าร้อยละ 70) ในงานวิจัยนี้ค่าดัชนี EI, DI ที่อยู่สูงกว่าค่าเหมาะสม มีค่าร้อยละที่สูงในแต่ละปี อาจมีสาเหตุมาจากภาวะ Dose creep หรือ

dose drift เนื่องจากนักรังสีเทคนิคมีความกังวลเกี่ยวกับภาพที่เกิดจากการให้ปริมาณรังสีน้อย จึงเลือกตั้งค่าปริมาณสูงแล้วมาปรับแต่งภาพภายหลัง เหตุนี้แนวโน้ม Dose creep จึงเกิดขึ้นตลอดเวลา เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมจะพบข้อจำกัดประเด็นสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ (1) ด้านความรู้ ทฤษฎี วิชาการ การเปลี่ยนแปลงจากระบบฟิล์มสกรีน เป็นระบบรังสีดิจิทัลนั้น บริษัทผู้ผลิตและติดตั้งให้คำแนะนำการใช้งาน ถ่ายทอดองค์ความรู้แก่บุคลากรผู้ใช้งานด้วยข้อจำกัดด้านช่วงเวลาที่ย่ำและกระชั้นชิด ทั้งๆที่เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่ซับซ้อนและยุ่งยาก ที่ต้องอาศัยเวลาในการให้ความรู้ ความเข้าใจ และความกระจ่างเป็นอย่างมาก รวมถึงบุคลากรทางรังสียังขาดความรู้ในเรื่อง ทฤษฎี วิชาการ และนักวิชาการในด้านนี้ยังมีน้อย จึงประสบปัญหาพบค่าดัชนี DI เบี่ยงเบนมากเกินช่วงเหมาะสมมาเป็นเวลานาน ไม่

สามารถระบุข้อบกพร่องและสรุปปัญหาจากการใช้งานระบบถ่ายภาพแบบดิจิทัล จังยังไม่มีแนวทางปฏิบัติและแก้ไขมาก่อน การศึกษางานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ข้อมูลในงานวิจัยพบว่านักรังสีเทคนิคส่วนใหญ่ ประสบปัญหาค่าดัชนี EI, DI ออกนอกช่วงค่าเหมาะสม ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของภาพรังสี และนักรังสีเทคนิคส่วนใหญ่ ค้นเคยการดูภาพรังสีจากระบบโทนสีดำ-ขาวในภาพเอกซเรย์ (จากระบบเก่าการถ่ายภาพด้วยฟิล์ม) ส่งผลต่อการตัดสินใจปรับตั้งค่าการถ่ายภาพ (kV, mAs) ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ Shepard SJ และคณะ (2009) (2) ความเข้าใจและความรู้ในสมการ $DI = 10 \times \log_{10} (EI / TI)$ สมการค่าดัชนีเบี่ยงเบนรังสี $DI = 10 \times \log_{10} (EI / TI)$ ต้องอาศัยเวลาในการทำ ความเข้าใจและสร้างความกระจ่าง เพราะในระบบดิจิทัลนี้เป็นระบบที่มีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับความรู้และทฤษฎีด้านรังสีเป็นอย่างมาก การแสวงหาผู้เชี่ยวชาญที่จะมาแนะนำ และถ่ายทอดความรู้ การคำนวณ การปรับแก้เมื่อประสบปัญหาจากการทำงานนั้นทำได้ยากถึงแม้ผู้ผลิตและติดตั้งจะให้คำอธิบายต่อผู้ใช้ในช่วงติดตั้งงานวิจัยที่นำค่าดัชนีชี้วัดปริมาณรังสี (Exposure index: EI / Deviation index :DI) เพื่อค้นหาข้อสรุปและหาแนวทางแก้ไข เช่น งานวิจัยของ M. D. Cohen และคณะ ในปี ค.ศ. 2011(Cohen, MD, et al., 2012) ในภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลเด็กโรลีย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยอินเดียนา, รัฐอินเดียนาโพลิส สหรัฐอเมริกา ใช้ค่าดัชนี EI และดัชนี DI เพื่อประเมินการได้รับรังสี ของผู้ป่วยที่ถ่ายภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ทารกแรกเกิด ใช้เครื่องมือจากผู้ผลิตระบบดิจิทัล Agfa บันทึกค่าดัชนี EI และค่าดัชนี DI จากภาพรังสีทรวงอกทารกแรกเกิดของผู้ป่วยทุกรายโดยอัตโนมัติ จำนวน 1,884 ภาพ ควบคู่กับใช้ผลลัพธ์ค่าดัชนี EI และค่าดัชนี DI ของหุ่นจำลองทรวงอกทารกแรกเกิดเป็นตัวควบคุมผลวิจัยพบว่าค่าดัชนี EI ผลลัพธ์สัปดาห์ของหุ่นจำลองทรวงอกทารกแรกเกิด และดัชนี EI ผู้ป่วยที่ได้จากงานวิจัยมีความเสถียร งานวิจัยของ M. D. Cohen และคณะมีความเหมือนกับงานของผู้วิจัย ที่ใช้ค่าดัชนี EI และค่าดัชนี DI ในการประเมินคุณภาพภาพรังสี และหา ค่าดัชนี EI และค่าดัชนี DI ที่เหมาะสม ต่างกับงานของ

ผู้วิจัยตรงที่เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) มีการวางแผนมาก่อน และดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยใช้หุ่นจำลองเป็นตัวควบคุม เน้นที่การนำค่าดัชนี EI และดัชนี DI ตรวจสอบและควบคุมการเบี่ยงเบนการรับรังสี

งานวิจัยของ ภัทรทิยา หมอยา และคณะในปี 2563(ภัทรทิยา หมอยา และคณะ ,2563) ประเมินค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสี EI ในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเด็ก ณ โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 วัดอุปกรณ์เพื่อจัดทำตารางตั้งค่าปริมาณรังสี ในการเอกซเรย์ทรวงอกเด็ก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนดค่าเทคนิควิธีการคือเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงอายุแรกเกิดจนถึง 17 ปี ที่เข้ามาใช้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกทั้งในท่านอนหงายและทำยืน จำนวน 214 ราย ข้อมูลที่เก็บรวบรวม ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า kVp, mAs SID, grid และใช้ AEC ควบคุมการถ่ายภาพรังสีอัตโนมัติ บันทึกค่าดัชนี EI แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาเปรียบเทียบกับค่าดัชนี EI ที่บริษัทผู้ผลิตกำหนด ผลการศึกษา พบว่าภาพเอกซเรย์ทรวงอกส่วนใหญ่ มีค่าดัชนี EI อยู่ในช่วงตามที่บริษัทผู้ผลิตกำหนด ยกเว้นการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกในท่า AP upright พบค่าดัชนี EI อยู่นอกช่วงที่บริษัทกำหนด ร้อยละ 25 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความสำคัญของค่าดัชนี EI ที่ช่วยบ่งบอกคุณภาพของภาพรังสี งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลย้อนหลังเหมือนกันกับงานของผู้วิจัยจึงไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของภาพรังสีได้

บรรจง เชื้อนแก้ว และคณะ ในปี 2555(บรรจง เชื้อนแก้ว และคณะ ,2555) สำรวจค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสี(EI) จากการถ่ายภาพรังสีทรวงอกท่า PA ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อวิเคราะห์หาค่าดัชนี EI ที่ปรากฏในจอภาพประเมินช่วงค่าตามที่บริษัทกำหนดหรือไม่ โดยวิเคราะห์จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกจำนวน 1,005 ราย พบว่าค่าดัชนี EI อยู่ในช่วงที่บริษัทกำหนดร้อยละ 69 ค่าดัชนี EI มากกว่าบริษัทกำหนด ร้อยละ 15 และค่าดัชนี EI น้อยกว่าที่บริษัทกำหนดร้อยละ 16 งานวิจัยนี้สรุปค่าดัชนี

บ่งชี้ปริมาณรังสีส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ที่บริษัทกำหนด แต่ยังมีบางส่วนที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ งานวิจัยนี้ได้สรุปค่าดัชนี EI ที่มีค่ามากกว่าที่บริษัทกำหนด ข้อเสนอแนะควรมีการปรับเทียบค่า EI ให้ถูกต้องจากบริษัทผู้ผลิตเพื่อให้ ค่า EI สามารถใช้เป็นค่าที่สะท้อนถึงปริมาณรังสีที่ใช้ในการสร้างภาพและคุณภาพของภาพ ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้นักรังสีเทคนิคเข้าใจการใช้งานระบบดิจิทัลซึ่งงานวิจัยของบรรจง เชื้อนแก้ว และคณะ คล้ายกับงานวิจัยของผู้วิจัย ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยย้อนหลังและยังพบว่าการใช้ปริมาณรังสีในการถ่ายภาพรังสีทรวงอกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี นอกจากนี้ M. D. Cohen และคณะศึกษาวิจัยต่อเนื่องในปี 2012(จางฉวน ชิวกุล, 2563) มีการขยายผลงานวิจัยออกไปเพื่อประเมินระบบการถ่ายภาพรังสีดิจิทัลในเครือข่าย ในหัวข้อการประกันคุณภาพ: การศึกษาเปรียบเทียบการได้รับรังสีเอกซ์จากภาพรังสีทรวงอกทารกแรกเกิดที่โรงพยาบาล 4 แห่ง วัตถุประสงค์เพื่อใช้ค่าดัชนี EI และค่าดัชนี DI เปรียบเทียบความแตกต่างจากภาพรังสีทรวงอกเคลื่อนที่ของทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลเด็ก 4 แห่ง วัสดุและวิธีการ คือภาพรังสีทรวงอกของแต่ละโรงพยาบาลที่กำหนด พิจารณาจากค่าดัชนี EI, DI เฉลี่ย ผลลัพธ์พบว่าค่าดัชนี EI, DI เฉลี่ย ไม่แตกต่างกันมากใน 4 โรงพยาบาล และไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีดัชนี EI, DI เฉลี่ย มากกว่าสองเท่า หรือน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลอื่น เมื่อรวมกันทั้ง 4 โรงพยาบาล พบค่าดัชนี EI และค่าดัชนี DI มีค่าอยู่ในช่วง -3 ถึง +3 ร้อยละ 92 นั้นแสดงถึงการให้ปริมาณรังสีในแต่ละโรงพยาบาล ถูกตั้งค่าอยู่ในช่วงที่แคบพอสมควร งานวิจัยนี้สรุปได้ว่า ความแตกต่างของค่าดัชนี EI, DI เฉลี่ย เกิดจากความแตกต่างในการปฏิบัติงานงานวิจัยนี้ใช้อุปกรณ์เครื่องมือจากผู้ขายรายเดียวกัน สามารถนำเอาข้อมูลเหล่านี้ มาสร้างช่วงอ้างอิงที่ใช้งานได้จริงสำหรับทารกแรกเกิด และสามารถแนะนำโรงพยาบาลอื่นๆ ได้สำหรับการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะ

จากปัญหาการใช้งานระบบถ่ายภาพแบบดิจิทัล ในเรื่องของการตั้งค่าปริมาณรังสี มากเกินไป (over) หรือน้อยเกินไป (under) ดังนั้นต้องแสวงหา

ความรู้ ความเข้าใจ และรับคำแนะนำข้อเสนอแนะจากนักวิชาการ และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ต้องให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสี (Exposure index: EI) ค่าดัชนีบ่งชี้การเบี่ยงเบนปริมาณรังสี (Deviation index: DI) และค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสีที่กำหนด (Target exposure index: TI) กับบุคลากรในหน่วยงาน อย่างไรก็ตามจากสมการ $DI = 10 \times \log_{10} (EI/TI)$ ข้อมูลนำเข้าสมการนี้มีความซับซ้อนมาก เพราะสัมพันธ์กับปัจจัยเกี่ยวข้องได้แก่ kV, mAs แผ่นรับภาพ, ประเภทสารเรืองแสง องค์ความรู้ทางวิชาการ การตีความสมการ และทฤษฎีด้านรังสีเป็นอย่างมาก แม้ว่าจะมีคำแนะนำค่าเบี่ยงเบนปริมาณรังสีที่เหมาะสมค่า DI optimal DI range (-3 to +3) จากบริษัทผู้ผลิตต่างๆก็ตาม แต่จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่านักรังสีเทคนิคทั่วโลก ประสบปัญหา DI (ค่าเบี่ยงเบนปริมาณรังสี) เป็นอย่างมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านนโยบาย ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ พบข้อมูลค่า EI และ DI จากภาพถ่ายรังสีทรวงอกมีค่า EI (Min.) และค่า EI (Max.) อยู่ในช่วงที่ต่ำกว่าและสูงกว่าช่วงเหมาะสม ระดับคุณภาพในกลุ่ม DI < -3 และค่า DI > +3 อยู่จำนวนหนึ่ง รวมถึงระดับคุณภาพที่อยู่ในช่วงเหมาะสมมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 70 ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากผลลัพธ์ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานรับผิดชอบในด้านนโยบาย จึงวางแผนกำหนดแนวทางและแสวงหาแนวทางทางแก้ไขต่อไป โดยมุ่งแสวงหาเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจ สอบถามผู้รู้ และอาจประสานขอแนวทางพัฒนางาน จากนักวิชาการและนักวิจัย และรับคำแนะนำเพื่อแก้ไขพัฒนางาน

2. ด้านการปฏิบัติ ควรมีการร่วมประชุมหารือในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน กระตุ้นให้เกิดและสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานถ่ายภาพรังสี ให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสี (EI) ค่าความเบี่ยงเบนรังสี (DI) และค่าดัชนีเป้าหมาย (TI) รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมสร้างเป้าหมาย เพื่อเพิ่มระดับคุณภาพผลงานให้สูงขึ้น พร้อมทั้งคาดหวังการลดปริมาณรังสีในเด็ก



3. ในด้านการวิจัย อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบค่า EI และค่า DI ออกจากช่วงค่าเหมาะสม เกิดทั่วโลกในสถาบันที่ใช้การถ่ายภาพด้วยระบบดิจิทัล และมีงานวิจัยเกิดขึ้นทุกปี เพื่อวิเคราะห์อัตราสาเหตุ และแนวทางแก้ไขอยู่เสมอ เนื่องจากการถ่ายภาพด้วยระบบดิจิทัล เป็นระบบใหม่ที่น่าสนใจใช้แทนการถ่ายภาพด้วยระบบฟิล์ม

โอกาสการพัฒนางานประจำในโอกาสต่อไป หลังงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะประสานนักวิชาการและนักวิจัย สร้างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มร้อยละ ช่วงค่าปริมาณรังสีที่เหมาะสมให้สูงขึ้น ที่สำคัญคือ สมการค่าดัชนีเบี่ยงเบนรังสี $DI = 10 \times \log_{10} (EI / TI)$ ต้องอาศัยเวลาในการให้ความรู้ ความเข้าใจ และความกระจ่าง เพราะในระบบดิจิทัลนี้มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับความรู้อื่นๆ และทฤษฎีด้านรังสีเป็นอย่างมาก มุ่งสร้างงานวิจัยเพื่อลดภาวะ Dose creep หรือ dose drift และลดร้อยละคุณภาพของภาพที่อยู่ในช่วงที่ต่ำกว่าและสูงกว่าช่วงเหมาะสม และต่อยอดงานวิจัยนี้ องค์กรพัฒนาด้านการวิจัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

เอกสารอ้างอิง

- Chhem, RK. Radiation Protection in Medical Imaging. A Never Ending Story? European Journal of Radiology. 2010; 76(1) 1–2.
- International Atomic Energy Agency (IAEA). Optimization of the radiological protection of patients undergoing radiography, fluoroscopy and computed tomography. Vienna: IAEA, 2004
- European Commission. Guidance on diagnostic reference levels for medical exposures. Radiation protection 109. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 1999
- Hart D, Hillier MC, Wall BF. Doses to patients from medical X ray examinations in the UK 2000 review. Oxford: National Radiological Protection Board Publication, 2002
- Gray JE., Archer, BR. Butler, PF. Hobbs, BB. Mettler, FA. RJ. Pizzutiello, Schueler, BA. Strauss, KJ. Suleiman, OH. Yaffe MJ. Reference values for diagnostic radiology: application and impact. Radiology 235:354–358, 2005
- International Commission on Radiological Protection (ICRP): Managing patient dose in digital radiology. ICRP Publication 93. Annals of the ICRP 34, No. 1. Oxford: Pergamon Press, 2004.
- Butler, M. L., Rainford, L., Last, J., & Brennan, P. C. (2010). Are exposure index values consistent in clinical practice? A multi-manufacturer investigation. Radiation protection dosimetry, 139(1-3), 371-374.
- Lança, L., & Silva, A. (2008). Evaluation of exposure index (IgM) in orthopaedic radiography. Radiation protection dosimetry, 129(1-3), 112-118
- Shepard SJ, Wang J, Flynn M, et al. An exposure indicator for digital radiography. College Park (MD): American Association of Physicists in Medicine; July 2009; 92 p. Report No: 116

งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้จากท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทีมพิจารณาจริยธรรม งานวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความกรุณาถ่ายทอดองค์ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุง แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ สมบัติ บุญขวาง นักรังสีการแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่ได้กรุณาให้แนวคิด ข้อเสนอแนะหลายประการ ให้งานวิจัยนี้ สมบูรณ์ มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณอาจารย์สุกัลยา ศิริมาตร สาขาวิชาเทคโนโลยีและวิศวกรรมศาสตร์ คณะสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำด้านสถิติวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา และบุคลากรประจำกลุ่มงานรังสีวิทยา ที่สนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานศึกษาวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดีงานศึกษาวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

- Don, S., Whiting, BR., Rutz, LJ. Apgar, BK. New exposure indicators for digital radiography simplified for radiologists and technologists. *American Journal of Roentgenology*, 2012; 199(6), 1337-1341.
- KoicaMinolta .Operation: Manual.Direct; Digitizer.AeroDR system, AeroDR system 2 [Online]. 2016 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://healthcare.konicaminolta.us/wp>
- KoicaMinolta .Operation: Exposure Index TI List 20170516 [Online]. 2016 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://healthcare.konicaminolta.us/wp>
- Report of AAPM Task Group 116.An Exposure Indicator for Digital Radiography [Online]. 2009 [cited 2020 Jan 1]. https://www.aapm.org/pubs/reports/rpt_116.pdf
- กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. รายงานประจำปี 2560-2562 โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.ขอนแก่น; 2563.
- ปานฤทัย ตรีนวรัตน์ และคณะ การตรวจรังสีวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็กมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในอนาคตจนต้องกังวลหรือไม่? *Chula Med J* Vol. 55 No. 6 November-December 2011
- ศุภางค์ แสงเรืองอ่อน การป้องกันอันตรายจากรังสีในงานรังสีวินิจฉัย ภาควิชารังสีวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า. *เวชสารแพทย์ทหารบก [อินเทอร์เน็ต]*. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2563] ; ปีที่ 72 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม; 279-286 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtamedj/article/download/231288/157508>
- International Atomic Energy Agency. International Basic Safety Standards for Protection against Ionizing Radiation and for the Safety of RadiationSources.Vienna: International Atomic Energy Agency; 1996:302-5.
- จางวัฒน์ ชิวกุล. เครื่องเอกซเรย์ทั่วไปและส่วนประกอบ. ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://meded.psu.ac.th/binlaApp/radio2/365-211/xray/ref.html>
- Seibert JA, Morin RL. The standardized exposure index for digital radiography: an opportunity for optimization of radiation dose to the pediatric population. 2011; 41: 573-81.
- ธัญรัตน์ ชูศิลป์, ฐิติพงศ์ แก้วเหล็ก. ตัวบ่งชี้ปริมาณรังสีในระบบการถ่ายภาพรังสีแบบดิจิทัล.วารสารรังสีเทคนิค [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2563].2561[เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2564]; 43:21-27 เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjrt/article/download/246269/167418/>
- ภัทรทิยา หมอยา, นาดชา แสงเพชร, สิริกาญจน์ ธรรมดอน, เสริมศักดิ์ แสงเพชร, ธวัช สิริวิลาสลักษณ์, วิยะดา เสนาะสันต์. การประเมินค่าค่าดัชนีบ่งชี้ปริมาณรังสีในการถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกเด็ก จากการสร้างภาพรังสีด้วยระบบดิจิทัล. วารสารรังสีเทคนิค [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 มีนาคม 2564]; 45:28-33. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjrt/article/download/248315/169381/>
- จริญญา เต็งชัยภูมิ, จินดาวัลย์ วิบูลย์อุทัย, เพชราราก หาญพานิชย์. การศึกษาความสัมพันธ์ของปริมาณรังสีที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานและเทคนิคการถ่ายภาพทางรังสี ในโรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดมุกดาหาร[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/download/241821/164473/>
- บรรจง เชื้อนแก้ว, วิชัย วิชาธรตระกูล และปณัสดา อวิคุณประเสริฐ. การประเมิน S valueในการสร้างภาพทรวงอกท่า PA จากระบบการสร้างภาพรังสีด้วยคอมพิวเตอร์ของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.วารสารเทคนิคการแพทย์. 2555;47, 23-29.
- Cohen, MD., Markowitz, R., Hill, J., Huda, W. Quality assurance: a comparison study of radiographic exposure for neonatal chest radiographs at 4 academic hospitals. *Pediatric radiology*, 2012; 42(6), 668-673.
- Cohen, MD, Cooper, ML, Piersall, K, Apgar, BK. Quality assurance: using the exposure index and the deviation index to monitor radiation exposure for portable chest radiographs in neonates. *Pediatric radiology*, 2011; 41(5), 592-601

ผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง

The effect of dietary behavior modification on slowing renal impairment in stage 3 chronic kidney disease patients, Sribunruang Hospital

(Received: November 15, 2021; Accepted: November 28, 2021)

วชิราภรณ์ แสงเลิศ¹

Wachiraporn sanglert

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการดำเนินการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (one group pretest-Posttest design) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 30-59 mg/dl (CKD stage 3a,3b) เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ dependent t-test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value น้อยกว่า .05 ทุกค่า) โดยที่ หลังการทดลองระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ดีกว่าก่อนการทดลอง

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค , ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3

ABSTRACT

This research was Quasi-experimental Research one group pretest-Posttest design in chronic kidney disease patients with stage 3 had eGFR 30-59 mg/dl (CKD stage 3a,3b). Aimed to studied Effects of changing dietary behavior to renal impairment in chronic kidney disease patients with stage 3, Sribunruang Hospital. Sample size were 30 chronic kidney disease patients with stage 3, Sribunruang Hospital. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and dependent t-test.

The results of the study found that the level of confidence in adjusting one's own habits Food consumption behavior, sweet, oily, salty and eGFR before and after experiment there was a statistically significant difference at the .05 level (all p-values less than .05). Where, after the experiment, the level of confidence in adjusting their own habits Food consumption behavior, sweet, oily, salty, and glomerular filtration rate (eGFR) were better than before the experiment.

Keyword : changing dietary behavior, stage 3 chronic kidney disease patients

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำนายสำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกร้อยละ 11.0 - 13.0 หรือ 200 ล้านคน (Nicola & Zoccali, 2016 อ้างใน เกษภูมรินทร์ นาขะมินและคณะ 2561: 160) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ติดอันดับ 3 ของอาเซียน รองจากมาเลเซียและสิงคโปร์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ของประชากรในปี พ.ศ. 2545-2546 เป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรในปี พ.ศ. 2563 หรือประมาณ 8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 แบ่งเป็นระยะ 1-2 จำนวน 8.9 เปอร์เซ็นต์ ระยะที่ 3-4 จำนวน 8.6 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 10,000 คน (ธัญญรัตน์ อธิพรเลิศรัฐ, 2566 อ้างใน เพ็ญพร ทวีบุตรและคณะ 2560) เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนไตทำได้เพียงปีละ 500 รายที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 15-20 ต่อปี สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลที่ตามมาคือมีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้น หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ปั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ทำให้รัฐบาลต้องใช้ทรัพยากรบุคคลและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาปีละกว่า 20,000 ล้านบาท จึงเน้นการชะลอความเสื่อมของไตเพื่อให้เข้าสู่ระยะที่ต้องล้างไตช้าลง

จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากข้อจำกัดทางกายภาพของโรคที่เกิดขึ้น (จตุพร จันทะพุกษ์, ลักขณา ขอบเสียง 2563:245) ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะมีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามลำดับ แม้ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต เช่น การฟอกเลือดทำไตเทียมการล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต ค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลผู้ป่วย ที่ต้องรักษาโดยวิธีบำบัดทดแทนไตคือ 2 แสนบาทต่อคนต่อปี ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยทั้งประเทศจะสูงถึง 4-6 พันล้านบาท นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องรับภาระค่ายา ค่าพาหนะและคุณภาพชีวิตที่ไม่สมบูรณ์ คือมีความทุกข์ทั้งกาย และใจ ขณะที่แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาโรคไตยังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้น (ธัญญรัตน์ อธิพรเลิศรัฐ, 2566 อ้างใน เกษภูมรินทร์ นาขะมินและคณะ 2561: 161) จากผลกระทบดังกล่าวประชาชนและบุคคลกรด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมเพื่อป้องกันการเกิดโรค (จตุพร จันทะพุกษ์, ลักขณา ขอบเสียง 2563:245)

การชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นการรักษาที่สำคัญอย่างยิ่งเพื่อชะลอการดำเนินของโรคที่จะเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายซึ่งเป็นระยะที่มีอาการของโรครุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นการรักษาที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ โภชนาบำบัด การดื่มน้ำ เป็นต้นได้ให้ความหมายของพฤติกรรม การดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังการมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจาก การรักษาเป็น การรักษาแบบประคับประคองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยา และการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย หากผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องรวมถึงมีการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะสามารถชะลอการเสื่อมของไต และคงไว้ซึ่งหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากรายงานคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลศรีบุญเรืองจังหวัดหนองบัวลำภูใน ปี 2560-2563 มีผู้ป่วยไตเรื้อรังจำนวน 1611, 1772, 1826, 1707 คนตามลำดับและจัดระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังจากระดับ 1 ถึงระดับ 5 ในปี 2560 จำนวน 259, 351, 719, 160, 121 คนตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 16.08 , 21.85, 44.63, 9.93, 7.51 ตามลำดับ ปี

2561 จำนวน 288, 450, 766, 167, 101 คน ตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 16.25, 25.4, 43.23, 9.42, 5.7 ตามลำดับ ปี 2562 จำนวน 254, 462, 846, 167, 97 คนตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 13.91, 25.3, 46.33, 9.15, 5.31 ตามลำดับ ปี 2563 จำนวน 201, 352, 855, 200, 99 คนตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 11.77, 20.62, 50.09, 11.72, 5.8 ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยในคลินิก จำนวน 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมจนทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น การดูแลรักษาจึงมีความ จำเป็นที่จะต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ความรู้เพื่อที่จะปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายระยะ สุดท้ายคือการไม่ตระหนักต่อภาวะไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ไม่สามารถปรับพฤติกรรมรับประทาน อาหารตามที่แนะนำได้ และขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยไม่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนั้นสามารถป้องกันได้ด้วยตัวเอง รวมทั้งการปรับพฤติกรรมบริโภคก็สามารถ ทำได้ด้วยตัวเอง การป้องกันหรือการชะลอโรค ไตเสื่อมเรื้อรังไม่ให้ไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดปัญหาเฉพาะหน้า ทั้งของผู้ป่วยและสังคม การให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงโรค และเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยให้ อย่างถูกต้องจะช่วยให้ไตไม่ต้อง ทำหน้าที่มากเกินไป ลดการบาดเจ็บการอักเสบที่ไตได้ (จุฬาลักษณ์ ลิมลี ษา 2563 : 84)

จากปัญหาดังกล่าวได้มีการนำแนวคิด ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน (Self-efficacy Theory) พัฒนาขึ้นโดยแบนดูรา (Bandura) ที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มอง ว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความคิดและพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตนให้ความสำคัญกับการรับรู้ความสามารถของบุคคล เนื่องจากการรับรู้

ความสามารถจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะใช้ความพยายามในการแสดงพฤติกรรมและมีความสามารถที่จะเอาชนะ อุปสรรคที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ตามทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตน พยาบาลจะต้องจัดกิจกรรมการเรียนรู้รวมทั้งจัดปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีความเชื่อผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มความเชื่อความสามารถที่ตนจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยนอกจึงสนใจศึกษา ผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 เพื่อไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 หาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และอัตราการกรองของไต (eGFR) ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3
- 2, เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ก่อนและหลังการทดลอง

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการดำเนินการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน – หลัง (one group pretest – Posttest design) ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีอัตราการกรองของไตอยู่ระดับ 30-59 mg/dl (CKD stage 3a,3b) เพื่อศึกษาผลการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีบุญเรือง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตวายระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate: eGFR) อยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิเมตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร ที่เข้าคลินิกโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการตรวจเลือดในวันนั้น จำนวน 30 คนอ้างอิง Central Limited Theorem (Bartz, 1999) การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการใน คลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลศรีบุญเรือง โดยมีการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ที่มีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ 1) มีอายุระหว่าง 35-85 ปีทั้งเพศหญิงและชาย 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-59 มิลลิเมตรต่อนาที 3) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ยัง ไม่ได้รักษาด้วยวิธีฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และมีค่าอัตราการกรองของไตอยู่ระหว่าง 30-50 มิลลิเมตรต่อนาที 4) มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ เข้าใจมีการรับรู้วันเวลาและบุคคลตามปกติ 5) สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วย ตนเอง 6) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย คุณสมบัติที่ คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วม โครงการ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น พบการทำงานของไตเสื่อมลง หรือเปลี่ยนระยะความรุนแรงของโรคจนต้องเข้า พักรักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาเรื่อง ผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีเครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการในการศึกษาได้แก่ โปรแกรมสนับสนุน ความเชื่อความสามารถแห่งตน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง การเห็น ตัวอย่างการปฏิบัติของผู้อื่น การพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ อุปสรรคที่ยังเปลี่ยนพฤติกรรม (ปรับนิสัย) ไม่ได้ ประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม จัดทำโดยโครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1.2 แผ่นพับความรู้โรคไตเรื้อรัง 3. แผ่นพับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมบริโภคชะลอการเสื่อมของไต ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วย BMI ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรัง ประยุกต์มาจากโครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้แก่

แบบประเมินระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง เป็นแบบ score วัดความมั่นใจ

ในการปรับนิสัยของตนเอง 10 ระดับ แปลผลโดย

ระดับ 1 , 2 , 3 มีความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองน้อย

ระดับ 4 , 5 , 6 , 7 มีความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองปานกลาง

ระดับ 8 , 9 , 10 มีความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองมาก



เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
2.33 – 3.00	มีความมั่นใจในการปรับ นิสัยของตนเอง อยู่ในระดับมาก
1.67 – 2.32	มีความมั่นใจในการปรับ นิสัยของตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	มีความมั่นใจในการปรับ นิสัยของตนเอง อยู่ในระดับน้อย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.726

2. แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เป็นแบบ rating scale 3 ระดับ ได้แก่ ทุกวัน/เกือบทุกวัน หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนี้ทุกครั้ง

3-4 ครั้ง/สัปดาห์ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติตามพฤติกรรมนี้ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์

แทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย หมายถึง ท่านแทบไม่ทำ/ไม่ทำเลย ตามพฤติกรรมนี้

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
2.33 – 3.00	เหมาะสม
1.67 – 2.32	พอใช้
1.00 - 1.66	ต้องปรับปรุง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.887

ส่วนที่ 3 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate, GFR)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับคลินิกไตวายเรื้อรัง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตรวจสอบแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์จำนวน 30 ฉบับ

วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของ ข้อมูลแล้วประมวลผลเบื้องต้นด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ dependent t – test

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.40 ± 7.80 ระยะเวลาการเจ็บป่วยเท่ากับ 5.53 ± 3.31 BMI เกิน (ร้อยละ 60.0) ป่วยเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 86.7) ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 80.0) จำนวนเครื่องปรุง

อาหารที่มีรสเค็มในการปรุงอาหารแต่ละครั้ง จำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 63.3) และ จำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 36.7) ค่า eGFR เฉลี่ย 43.51 ± 7.49 สูงสุด 58.51 ต่ำสุด 30.38

2. ความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อนทดลอง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อนทดลอง มากที่สุด คือ ท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะดื่มน้ำ 8 – 10 แก้ว/วัน และท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะเลิกสูบบุหรี่และเหล้า (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 เท่ากัน) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อนทดลอง น้อยที่สุด คือ ท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 ± 0.49)

ความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองหลังทดลอง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยที่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของ

ตนเองหลังทดลอง มากที่สุด คือ ท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะดื่มน้ำ 8 – 10 แก้ว/วัน และท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะเลิกสูบบุหรี่และเหล้า (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 เท่ากัน) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อนทดลอง น้อยที่สุด คือ ท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดที่จะออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ± 0.32)

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ก่อนทดลอง พบว่า โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ หวานและมัน อยู่ในระดับเหมาะสม ส่วน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม อยู่ในระดับ พอใช้ และหลังทดลอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม

4. ระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ก่อนและหลังทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความมั่นใจ	2.22	0.08	2.49	0.12	29	-13.583	.000	-.31296	-.23104
หวาน	2.80	0.18	2.88	0.12	29	-2.693	.012	-.14077	-.01923
มัน	2.87	0.23	3.00	0.00	29	-3.072	.005	-.21098	-.04235
เค็ม	2.19	0.07	2.91	0.11	29	-35.789	.000	-.76819	-.68514
พฤติกรรมรวม	2.62	0.13	2.93	0.07	29	-12.806	.000	-.36028	-.26105
eGFR	43.51	7.49	41.60	6.24	29	3.934	.000	.91885	2.90915

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบ ระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ก่อนและหลังทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value น้อยกว่า .05 ทุกค่า) โดยที่ หลังการทดลอง ระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่า

อัตราการกรองไต (eGFR) ดีวก่อนการทดลอง (พิจารณาจากค่า t)

สรุปและการอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองมีผลการศึกษาที่ดีวก่อนการทดลอง ได้แก่ความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อนทดลอง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อน



ทดลอง มากที่สุด คือ ท่านนั้นใจมากน้อยเพียงใดที่จะดื่มน้ำ 8 – 10 แก้ว/วัน และท่านนั้นใจมากน้อยเพียงใดที่จะเลิกสูบบุหรี่และเหล้า (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 เท่ากัน) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อนทดลอง น้อยที่สุด คือ ท่านนั้นใจมากน้อยเพียงใดที่จะออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 ± 0.49) ความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองหลังทดลอง พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยที่ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองหลังทดลอง มากที่สุด คือ ท่านนั้นใจมากน้อยเพียงใดที่จะดื่มน้ำ 8 – 10 แก้ว/วัน และท่านนั้นใจมากน้อยเพียงใดที่จะเลิกสูบบุหรี่และเหล้า (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 เท่ากัน) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเองก่อนทดลอง น้อยที่สุด คือ ท่านนั้นใจมากน้อยเพียงใดที่จะออกกำลังกาย 150 นาที/สัปดาห์ (มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ± 0.32) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้แรง และมีอาการรบกวนซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจ ไม่ทราบประโยชน์ของการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญญรัตน์ บุญไทย และคณะ (2563) ได้ศึกษาอุปสรรคของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า อุปสรรคในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แบ่งเป็น 5 ประเด็น คือ 1) อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านปรับตัวไม่ได้ รู้สึกไม่แน่นอน ขาดความตระหนักความต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2) อาการรบกวนเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย 3) ความวิตกกังวลกลัวเส้นฟอกเลือดเสียหาย กลัวอันตราย 4) ลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยร่วม และ ขาดแรงจูงใจ ความมั่นใจในการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม ก่อนทดลอง พบว่า โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ หวาน และมัน อยู่ในระดับเหมาะสม ส่วน พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม อยู่ในระดับ พอใช้ และหลัง

ทดลอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ เหมาะสม และระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ก่อนและหลังทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value น้อยกว่า .05 ทุกค่า) โดยที่ หลังการทดลองระดับความมั่นใจในการปรับนิสัยของตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม และค่าอัตราการกรองไต (eGFR) ดีกว่าก่อนการทดลอง (พิจารณาจากค่า t) ทั้งนี้เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ประกอบด้วยโปรแกรมสนับสนุน ความเชื่อความสามารถแห่งตน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้แก่ การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง การเห็น ตัวอย่างการปฏิบัติของผู้อื่น การพูดชักจูง การกระตุ้นทางอารมณ์ อุปสรรคที่ยังเปลี่ยนพฤติกรรม (ปรับนิสัย) ไม่ได้ ตามโครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วันวิสาข์ สนใจ และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและสมรรถภาพไต ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตเสียหน้าที่ระยะที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงค่าซีรัมครีเอตินินมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุล ภัค (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหาร สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และสอดคล้องกับการศึกษา

ของเบญจมาศ เรื่องดิษฐ์ และคณะ (2559) ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษา ในเครือข่ายบริการสุขภาพพระตำบลดอนเมือง โรงพยาบาล สงขลา ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถ พัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการรับรู้โอกาส เสี่ยงของการเกิดภาวะไตเรื้อรัง ระยะสุดท้าย โดยมี คะแนนความรู้และการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยทุกรายสามารถชะลอการเกิดภาวะไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายจากระดับซีรัมครีเอตินินที่ลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็น ว่าการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัด

ทดแทนไตชะลอความ ก้าวหน้าของโรคและการได้รับการ การบำบัดทดแทนไตได้

ข้อเสนอแนะ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคต่อการชะลอ การเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ควร ส่งเสริมโปรแกรมสนับสนุนความเชื่อความสามารถ แห่งตน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การปฏิบัติให้สำเร็จด้วยตนเอง การเห็น ตัวอย่างการปฏิบัติของผู้อื่น การพูดชักจูง การ กระตุ้นทางอารมณ์ อุปสรรคที่ยังเปลี่ยนพฤติกรรม (ปรับนิสัย) ไม่ได้

ควรมีการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริโภคต่อการชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ในระยะยาวเพื่อการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ดวงดาว อธิฐานสนธิ, ญาณิกร สีสริและผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์.(2563).ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง อำเภอมะนัง จังหวัดมหาสารคาม.เข้าถึงได้ <https://thaidj.org/index.php/AJMP/article/view/downloadp3-4>.สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2564.
- ณิกานต์ วงษ์ประกอบและคณะ.(2563).แนวทางการปรับพฤติกรรมทางสุขภาพ สู่การชะลอการ เสื่อมของไตใน ผู้ป่วยเบาหวาน : การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง. เข้าถึงได้ ThaiJO <https://he01.tci-thaijo.org/article/downloadp99-100>.สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2564.
- โครงการป้องกันและชะลอโรคไตเรื้อรังในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.(2561). คู่มือปรับพฤติกรรมเพื่อชะลอไต เสื่อม. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.โรงพยาบาลขอนแก่น.
- กองการแพทย์ทางเลือก.คู่มืออาหารบำบัดโรคไตเสื่อม.พิมพ์ที่บริษัทวิอินดี ดีไซน์จำกัด.กรุงเทพฯ.2563.
- ภาสิต ศิริเทศ, ณพวิทย์ ธรรมสืหา.(2562).ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุ.เข้าถึง ThaiJO <https://he01.tci-thaijo.org/article/downloadp60-63>.สืบค้นเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2564.
- การป้องกันและชะลอไตเสื่อม. (2564). เข้าถึง <https://www.vichaiyut.com/th/clinics/kidney/p1>.สืบค้น เมื่อ วันที่ 11 กันยายน 2564.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2555). การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตในระยะเริ่มต้น.กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนอุลตราไวโอ เล็ต ; 2555.
- ธัญญรัตน์ บุญไทย, ฐิติพร ปทุมจารุวัฒน์, อสิริย์ ศรีศุภโธหาร. (2563) อุปสรรคของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรค ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ปี ที่ 12 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2563 21-38

เปรียบเทียบการผ่าตัดด้วยวิธีmodified coracoclavicular stabilization แบบชนิด bidirectional loop กับวิธี clavicular hook plate ในผู้ป่วยโรคไหล่ปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดแบบเฉียบพลัน
Modified coracoclavicular stabilization technique using a bidirectional loop system versus clavicular hook plate for acute unstable acromioclavicular joint dislocation: Retrospective cohort study

(Received: November 4, 2021; Accepted: November 18, 2021)

วรวิทย์ เด่นศิริอักษร¹

Worawit Densiri-aksorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลและศึกษาประสิทธิผลของการผ่าตัดในโรคข้อต่อไหล่ปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดแบบเฉียบพลัน ด้วยวิธีmodified coracoclavicular stabilization แบบชนิด bidirectional loop นั้นให้ผลแตกต่างกับการผ่าตัดด้วยวิธี clavicular hook plate หรือไม่และความเป็นไปได้ที่จะนำมาเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการผ่าตัดโรคนี้ เก็บข้อมูลย้อนหลังผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโรคข้อต่อไหล่ปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดแบบเฉียบพลันที่โรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่กรกฎาคม 2560 ถึง กรกฎาคม 2564 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่1 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี clavicular hook plateจำนวน 20ราย และกลุ่มที่2 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี modified CC stabilization แบบชนิด bidirectional loop จำนวน 20ราย

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกลุ่มละ 20รายเท่ากัน ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของข้อมูลก่อนผ่าตัด ปริมาตรของเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัดในกลุ่มที่1 เท่ากับ 28.5 มล. มากกว่ากลุ่มที่ 2 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 15.75 มล. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาทำการผ่าตัด ในกลุ่มที่1 ใช้เวลา 38.75 นาที น้อยกว่ากลุ่มที่ 2 ใช้เวลา 87.50 นาที ค่าเฉลี่ยวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 3.25 วัน มากกว่ากลุ่มที่ 2 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2.3 วัน คะแนนความเจ็บปวดหลังการผ่าตัด 24 และ 48 ชั่วโมงในกลุ่มที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ย 4.75 และ 3.45 ในกลุ่มที่ 2 มีคะแนน 2.8 และ 2.6 ตามลำดับและการใช้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 9.95 มก. มากกว่าในกลุ่มที่ 2 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 2.35 มล. ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั้งที่มีค่าเท่ากันในทั้งสองกลุ่ม ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในภายหลัง ในกลุ่มที่1 พบ 5 ราย(ร้อยละ 25) ซึ่งไม่พบในกลุ่มที่ 2

คำสำคัญ : ข้อต่อไหล่ปลาร้าเคลื่อนหลุดแบบเฉียบพลัน, coracoclavicular stabilization, clavicular hook plate, loop suspensory fixation

Abstract

This study aimed to assess the outcome of acute unstable AC joint dislocation when treated by modified CC stabilization technique using a bidirectional loop system compare with clavicular hook plate in intra-operative and post-operative and complications. To compare outcomes of 20 cases of modified coracoclavicular stabilization technique using a bidirectional loop system (group II) and outcomes of 20 cases of clavicular hook plate (group I) in acute unstable AC joint dislocation (Rockwood III,IV) which performed from July 2017 to July 2021. Difference in surgical duration, intraoperative blood loss, total cost were compared between the two groups. Furthermore, the postoperative visual analog score, intravenous morphine use, length of hospital stay, immediate and late complication rates were compared to evaluate the curative effects of the surgical treatments.

Result : There were 20 patients in each group. There was no statistically significantly different between group in term of preoperative data. Mean estimated blood loss was higher in group I (28.5 ml) than group II (15.75ml). Mean operative time was 38.75 minutes in group I less than group II spent 87.50 minutes. Mean postoperative hospitalization was 3.25 days in group I more than group II was 2.3 days, mean pain score in group I was 4.75, 3.45 and group II was 2.8, 2.6 at 24 and 48 hours after surgery respectively. Use of 48 hours postoperative morphine in group I was 9.95 ml

¹ พบ. กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลหนองคาย

and 2.35 ml in group II. No statistically significant in term of immediate postoperative complication between 2 groups. Late postoperative complication was 5 cases(25%) in group I and 0 case in group II. There was no wound complication in both groups.

Key words : Acute acromioclavicular joint dislocation, coracoclavicular stabilization, clavicular hook plate, loop suspensory fixation

บทนำ

Acromioclavicular(AC) joint คือข้อต่อระหว่างกระดูก Acromion ของกระดูกสะบักและปลายด้านนอกของกระดูกไหปลาร้า การบาดเจ็บของ AC joint พบได้ประมาณ 9% ของการบาดเจ็บบริเวณข้อไหล่ทั้งหมด¹⁻² อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บข้อต่อนี้ประมาณ 1.8/1000รายต่อปี ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุประมาณ 20-40 ปี และพบการบาดเจ็บในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 8.5เท่า อาจเนื่องมาจากผู้ชายมีกิจกรรมและการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงสูงกว่า³(High-risk activity) สาเหตุส่วนใหญ่มักเกิดการบาดเจ็บจากการกีฬาปะทะ(contact sport)เช่น รักบี้ ฟุตบอล ฟุตซอลและกีฬาอื่นๆเช่น ชีมน้ำ จักรยาน สกียหรือเกิดจากอุบัติเหตุจราจร ทำให้เกิดการล้มข้อไหล่ กระแทกพื้น หรือเกิดจากการล้มแขนยันพื้นทำให้แรงที่ส่งผ่านกระดูกต้นแขน(humerus) เป็นผลทำให้เอ็นสำคัญ 2ส่วนที่ยึดตรึงสะบักไว้กับกระดูกไหปลาร้า ได้แก่ Acromio-Clavicular(AC) ligament และ Coraco-Clavicular(CC) ligament เกิดการบาดเจ็บซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ข้อ AC jointแยกออกจากกัน³⁻⁴

อาการและอาการแสดง ของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บข้อต่อ AC jointที่พบบ่อยคือ อาการปวดบริเวณหัวไหล่ เมื่อขยับข้อไหล่ยกแขนขึ้นมักมีอาการปวดมากขึ้น กดเจ็บบริเวณ AC joint หรืออาจคลำและมองปลายด้านนอกของกระดูกไหปลาร้าได้ชัดเจน เมื่อถ่วงน้ำหนักแขนข้างที่เจ็บห้อยข้างลำตัวจะเห็นข้อผิดรูปร่างได้ชัดมากขึ้น การบาดเจ็บ AC jointนี้สามารถแบ่งออกเป็น 6 typeตาม Rockwood classification system⁴ ซึ่งประเมินจากทิศทางและร้อยละการเคลื่อนของปลายด้านนอกกระดูกไหปลาร้า โดยใช้ภาพถ่ายรังสีไหล่สองข้างเปรียบเทียบกันเพื่อช่วยในการวินิจฉัย

Type1-2 สามารถรักษาแบบประคับประคองอาการได้ (Conservative treatment)⁵⁻⁷

Type4-6 แนะนำให้รักษาโดยการผ่าตัดเพื่อจัดและยึดตรึงข้อต่อนี้ (Surgical treatment)

สำหรับType 3 ยังไม่มีข้อสรุปแนวทางการรักษาที่แน่นอน(no consensus) จาก International Society of Arthroscopy, Knee Surgery and Orthopaedic Sports Medicine Upper Extremity Committee (ISAKOS)⁸ได้แบ่งกลุ่มย่อยในtype3 เป็น type 3A และ type 3B เพื่อช่วยในการรักษา โดย type 3A คือการบาดเจ็บข้อต่อที่มั่นคงในแนว Horizontal (Joint stable in horizontal plane) และ type 3B คือการบาดเจ็บที่ไม่มั่นคงในแนวhorizontal (horizontal instability) ซึ่งสามารถเห็นได้ในภาพถ่ายรังสีข้อต่อ AC joint axial view โดยมีการศึกษาพบว่าการบาดเจ็บ type 3B มีประโยชน์และลดmorbidity เมื่อได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

มีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อจำแนก type 3 AC joint instability โดยใช้ภาพถ่ายรังสีเพื่อเปรียบเทียบข้างที่บาดเจ็บและข้างที่ไม่บาดเจ็บแบบ Dynamic instability โดย Bontempo และคณะ⁹ได้ศึกษาในภาพถ่ายรังสีขณะทำ cross arm-adduction เพื่อประเมินhorizontal instability โดยประเมินจากกระดูก clavicle เกิดการซ้อนทับ(overlap) ต่อกระดูก acromion หลังจากนั้น Alexander และคณะ¹⁰⁻¹¹ได้ศึกษาเพิ่มเติมโดยการเก็บภาพถ่ายรังสีไหล่สองข้างเปรียบเทียบกันแบบ scapular Y view ในขณะแขนอยู่ในท่า cross arm-adduction ซึ่งสามารถพบการซ้อนทับของกระดูก clavicle และกระดูก acromion ได้ชัดเจนมากขึ้น (Alexander view) ดังนั้นการบาดเจ็บ type 3ควรได้รับการตรวจอย่างละเอียดและวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อแบ่งแยกชนิดและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม¹²

การรักษา สามารถรักษาแบบประคับประคอง อาการได้ใน type 1, 2 และ 3A โดยทานยาลดปวด, cryotherapy หรือใช้สายคล้องแขนในบางราย ประมาณ 1-2 สัปดาห์ หลังจากนั้นสามารถให้ เคลื่อนไหวได้ปกติเมื่ออาการปวดทุเลาลงในทาง ตรงกันข้าม type 3B, 4-6 แนะนำให้รักษาโดยการ ผ่าตัด¹³ ซึ่งในปัจจุบันมีหลากหลายวิธีที่ใช้ผ่าตัด ยกตัวอย่างเช่น Hook plate, K-wire ร่วมกับการทำ tension band wiring, CC screw⁴, CC sling โดยใช้ เส้นเอ็น (autogenous graft) หรือ synthetic suture¹⁴⁻¹⁵ หรือแม้กระทั่งการผ่าตัดแบบส่องกล้อง arthroscopic TightRope¹⁶ (Arthrex®, Naples, FL, USA) แต่ก็ยังไม่มีวิธีการผ่าตัดใดที่จัดเป็น gold standard เนื่องจากการผ่าตัดแต่ละวิธียังพบข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดบ่อยครั้ง เช่น K-wire breakage หรือ migration ในการทำ tension band wiring¹⁷ กระดูก acromion สึกกร่อนหรือหัก และ ไหล่ติดในการผ่าตัด hook plate การหักของกระดูก coracoid ในการผ่าตัด CC screw¹⁸

จากงานวิจัยของ Wichan และคณะ¹⁹ ได้ ศึกษาผลการผ่าตัดด้วยวิธี modified CC stabilization แบบชนิด bidirectional loop system ในคนไข้ไหปลาร้าส่วนปลายหัก และได้ผลการรักษาที่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย ทางผู้วิจัยจึงได้คิดนำ เทคนิคเดียวกันนี้ประยุกต์เพื่อผ่าตัดและดูแล ผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนเปรียบเทียบกับวิธี clavicular hook plate ซึ่งนิยมใช้ในการผ่าตัดผู้ป่วย โรคไหปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดแบบเฉียบพลัน จึง เป็นเหตุผลของการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลและศึกษาประสิทธิภาพของ การผ่าตัดในโรคข้อต่อไหปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุด แบบเฉียบพลัน ด้วยวิธี modified CC stabilization นั้นให้ผลแตกต่างกับการผ่าตัดด้วยวิธี clavicular hook plate หรือไม่และความเป็นไปได้ที่จะนำมาเป็น อีกทางเลือกหนึ่งในการผ่าตัดโรคนี้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองคาย (เลขที่อนุมัติ 24/2564) โดยรูปแบบวิจัยเป็น การศึกษาแบบ Retrospective Cohort study ของ การผ่าตัดผู้ป่วยโรคข้อต่อไหปลาร้าส่วนปลายเคลื่อน หลุดแบบเฉียบพลันด้วยวิธี hook plate เป็นกลุ่มที่ 1 กับการผ่าตัดด้วยวิธี modified CC stabilization เป็น กลุ่มที่ 2 ได้ดำเนินการในโรงพยาบาลหนองคาย ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2560 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564 โดยมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดจำนวนทั้งสิ้น 40 ราย แยกเป็นกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธี clavicular hook plate 20 ราย และกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยวิธี modified CC stabilization 20 ราย ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวช ระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยเก็บรวบรวม ข้อมูลข้อมูลทั่วไปประกอบไปด้วย อายุ เพศ โรค ประจำตัวและประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ข้างที่ บาดเจ็บ type ของการบาดเจ็บ ระยะเวลาบาดเจ็บ ก่อนผ่าตัด และผลลัพธ์ของการศึกษา โดยติดตาม ผลการรักษาหลังผ่าตัด โดยเก็บข้อมูลการผ่าตัด ประกอบไปด้วย ระยะเวลาในการผ่าตัด ค่าเฉลี่ย ปริมาตรเลือดที่เสียขณะผ่าตัด ราคาอุปกรณ์ที่ใช้ใน การผ่าตัด เปรียบเทียบ CC distance หลังผ่าตัด 1 วัน และหลังผ่าตัด 6 เดือน ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และข้อมูลหลังการผ่าตัดประกอบไปด้วย จำนวนวัน นอนหลังการผ่าตัด คะแนนความเจ็บปวดที่ 24 และ 48 ชั่วโมงจากการใช้ Visual Analog Scale (VAS) ปริมาณยาแก้ปวดมอร์ฟีนที่ได้รับหลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมง ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเช่นแผลแยก แผล ติดเชื้อ มีก้อนเลือด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไป แล้ว 6 เดือน ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะก่อนการ ผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (Intravenous route of Cefazolin 1 g) ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General anesthesia) โดยยาแก้ปวดที่ให้หลังผ่าตัด ยาได้แก่ Morphine และทำแผลผ่าตัดวันละครั้งหลัง ผ่าตัดจนกระทั่ง 14 วันตัดไหม

เกณฑ์การคัดเข้าการวิจัยได้แก่ 1) อายุ มากกว่า 18 ปี 2) ได้รับการผ่าตัดโดยศัลยแพทย์

กระดูกและข้อในโรงพยาบาลหนองคาย 3) ผู้ป่วยข้อต่อไหปลาร้าส่วนปลายบาดเจ็บแบบเฉียบพลันใน Rockwood type 3 และ 5 และได้รับบาดเจ็บในไหล่ข้างเดียว (Single and acute Rockwood type III or V AC joint dislocation) 4) ไม่มีการบาดเจ็บของเส้นเอ็นหัวไหล่และข้างเคียง (No rotator cuff or conjoint tendon injury) 5) ติดตามการรักษาหลังผ่าตัดมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยได้แก่ 1) ผู้ป่วยข้อต่อไหปลาร้าส่วนปลายบาดเจ็บแบบเฉียบพลันใน Rockwood type 1, 2, 4 และ 6 หรือได้รับบาดเจ็บในไหล่สองข้าง (Bilateral or acute Rockwood type I, II, IV or VI AC joint dislocation) 2) การบาดเจ็บแบบเปิดหรือบาดเจ็บเรื้อรัง (Open or chronic AC joint dislocation) 3) พบกระดูกหักร่วม (Periarticular fracture) 4) ได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทหรือเส้นเลือด 5) มีประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือดหรือมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

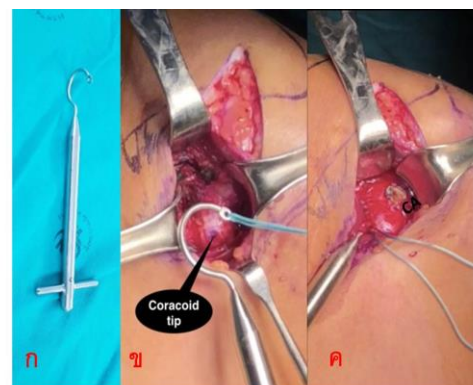
วิธีผ่าตัด

โดยอ้างอิงวิธีการผ่าตัดจากงานวิจัยของ Wichan และคณะ¹⁹ Modified coracoclavicular stabilization แบบ ชนิด Bidirectional loop system¹⁹ ใช้วิธีให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

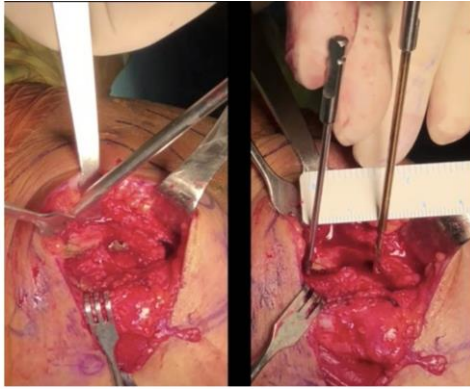
หรือการดมยาสลบ (general anesthesia) จัดท่าผู้ป่วยแบบทำนั่งหัวสูงประมาณ 60 องศา (Beach chair position at 60 degree) แผลผ่าตัดขนาดความยาวประมาณ 6 เซนติเมตรในแนวตั้ง (vertical) ลากจากตำแหน่ง Coracoid tip จนถึงกระดูกไหปลาร้า (รูป 1) แหวกก้ามเนื้อ deltoid ส่วนล่างจนพบ tip และ base ของกระดูก Coracoid และ CA ligament จากนั้นใช้ Fiberwire เบอร์ 5 (Arthrex, Naples, FL, USA) จำนวน 2 เส้น คล้องรอบ coracoid base โดยใช้เครื่องมือคล้องกระดูก Coracoid โดยให้ Fiberwire เบอร์ 5 อยู่ในตำแหน่งลึกจาก Coracoid tip ประมาณ 1.4 เซนติเมตร และอยู่หลัง CA ligament (รูป 2) จากนั้นเจาะรูที่กระดูกไหปลาร้า 2 รู โดยใช้ drill ขนาด 2.5 มิลลิเมตร ในตำแหน่งข้างในต่อปลายกระดูกไหปลาร้า (Medial to distal clavicle) 1 เซนติเมตร และ 2.5 เซนติเมตร ตามลำดับ (รูป 3) ส่ง Fiberwire เบอร์ 5 แต่ละเส้นขึ้นผ่านรูที่กระดูกไหปลาร้าทั้งสองรูจากล่างขึ้นบนตามลำดับ จากนั้นใส่ปลายไหม Fiberwire แต่ละข้างเข้ารูกระดูกมัลติกรีก Endobutton (Arthrex®, Naples, FL, USA) ทั้งสองกระดูก ทำการจัดกระดูกไหปลาร้าให้เข้าที่ (Manual reduction) และมัดปม Fiberwire เบอร์ 5 ขั้วบนกระดูกมัลติกรีก ทั้งสองให้แน่นโดยใช้ภาพถ่ายเอกซเรย์ (Fluoroscopy) ช่วยประเมิน (รูป 4)



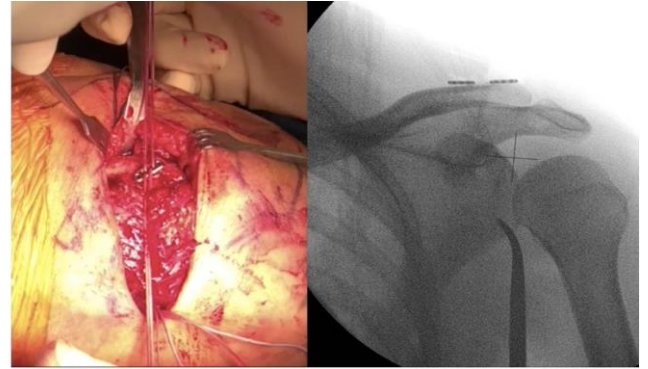
รูปที่ 1 : (ก) แผลผ่าตัดในแนว vertical ลากจาก coracoid tip ถึง clavicle ตามแนวเส้นประสีน้ำเงิน จากรูประบุเส้นเอ็น C คือ conoid, T คือ trapezoid, CA คือ coracoclavicular (จ.ค) แผลผ่าตัดความยาว 6 เซนติเมตร



รูปที่ 2 : (ก) เครื่องมือคล้อง coracoid loop passer (ข) ใส่เครื่องมือคล้อง coracoid จากด้านใน (medial) ไปด้านนอก (lateral) เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท musculocutaneous (ค) คล้อง coracoid ให้ลึกจาก coracoid tip อย่างน้อย 1.4 เซนติเมตร เพื่อให้อยู่หลัง CA ligament



รูปที่3 : เจาะรูที่กระดูกไหปลาร้า 2 รูโดยใช้drillขนาด2.5มิลลิเมตร ในตำแหน่งข้างในต่อปลายกระดูกไหปลาร้า (Medial to distal clavicle) 1เซนติเมตรและ2.5เซนติเมตรตามลำดับ



รูปที่4 : (ก) ใส่ปลายไหมFiberwireแต่ละข้างเข้ากระดูกหมึก Endobutton (ข) ภาพถ่ายเอกซเรย์ (Fluoroscopy) ช่วยประเมินreduction

การดูแลหลังผ่าตัดและติดตามการรักษา

แนะนำให้ผู้ป่วยใส่ผ้าคล้องแขน(Arm sling) 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทำแผลผ่าตัดวันละครั้งและตัดไหม 2สัปดาห์หลังผ่าตัด จากนั้นเข้าสู่การกายภาพบำบัด แบบชนิด Controlled passive mobilizationดังนี้

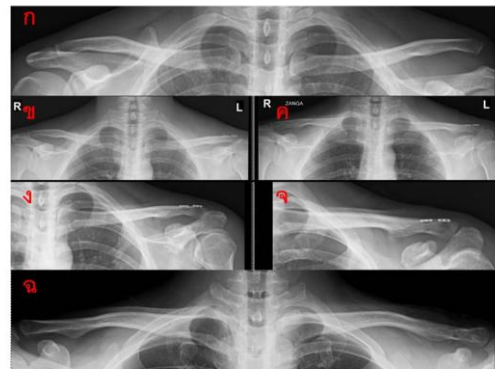
- 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด : Passive range of motion ในแขนท่า abduction, forward elevation และ circle motionไม่เกิน60องศา

- 2-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด : กระตุ้น Active assist motionใน แขน ท่า abduction, forward elevationให้ได้จนถึง 90องศา

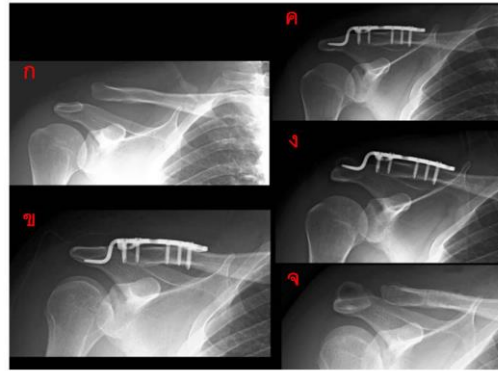
- 6-12 สัปดาห์หลังผ่าตัด : กระตุ้นให้ Full active motionใน แขน ท่า abduction, forward elevation (ดังรูปที่5)



รูปที่5 : (ก-ข) นัดัดไหมและหลังผ่าตัด2สัปดาห์ (ค-ง) ติดตามการรักษาหลังผ่าตัด2 เดือน ผู้ป่วยมีพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ซ้ายได้เต็มที่(full range of motion)หลังผ่าตัดด้วยวิธี Modified coracoclavicular stabilization แบบชนิด Bidirectional loop system



รูปที่6 : (ก) ภาพระชื้อไหปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดเย็บพันด้านซ้าย (ข-ค) ภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัด 1 วันด้วยวิธี Modified coracoclavicular stabilization แบบชนิด Bidirectional loop ไม่มีการใส่สายระบายเลือดหลังผ่าตัด (ง-จ) ภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัด6เดือน (ฉ) ภาพถ่ายรังสี1ปีหลังผ่าตัด ได้ผ่าตัดแผลเล็กเพื่อนำกระดูกendobuttonและ fiberwireออก



รูปที่ 7 : (ก)ภาพข้อไหล่ปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดเฉียบพลันด้านขวา (ข)ภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัด 1 วันด้วยวิธี clavicular hook plate มีการใส่สายระบายเลือดหลังผ่าตัด (ค)ภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัด 6 ปีโดยพบเริ่มพบภาวะ acromial osteolysis (ง-จ)ภาพถ่ายรังสีหลังผ่าตัด 4 เดือนพบกระดูก acromion หักและได้ผ่าตัดเพื่อนำ implantation

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมดจะถูกเก็บบันทึกไว้ในโปรแกรม Microsoft Excel software (version 2010) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรมสำเร็จรูปข้อมูลเชิงปริมาณจะนำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย(mean) พร้อมส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติของข้อมูลในกรณี continuous dataจะใช้ student t-test มาคำนวณความแตกต่างทางสถิติ ในกรณีที่ข้อมูลไม่เป็น normal distributionจะใช้ Mann-Whitney U test มาคำนวณความแตกต่างทางสถิติแทน ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกนำเสนอโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติของข้อมูลโดยใช้สถิติ Fisher's Exact testมาคำนวณความแตกต่างทางสถิติ ใช้ค่า p value ที่ 0.05 เพื่อบอกความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้รวบรวมผู้ป่วยผ่าตัดข้อกระดูกไหล่ปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดทั้งหมด 40 ราย(เพศชาย

38 รายและเพศหญิง 2 ราย) แบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี ORIF with clavicular hook plate (HP group) จำนวน 20 ราย และกลุ่มที่ 2 ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Modified coracoclavicular stabilization แบบ บ ช นิด bidirectional loop system (CC group) จำนวน 20 ราย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาแสดงให้เห็นในตารางที่ 1 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 44.2 ± 4 ปี กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 44.3 ± 15 ปี จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในไหล่ข้างที่ถนัด(dominant side) กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 11 ราย (ร้อยละ 55) และในกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 12 ราย (ร้อยละ 60) ชนิดและความรุนแรงของการบาดเจ็บ(Rockwood type) กลุ่มที่ 1 พบ type 5 จำนวน 16 ราย(ร้อยละ 80) และในกลุ่มที่ 2 พบ type 5 จำนวน 15 ราย(ร้อยละ 75) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่บาดเจ็บก่อนได้รับการผ่าตัด จำนวนผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาทานที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดก่อนผ่าตัด ไม่พบว่ามีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานก่อนการผ่าตัด

ข้อมูลพื้นฐาน	n(%), n = 40		p value
	กลุ่มที่ 1 (HP) n=20	กลุ่มที่ 2 (CC) n=20	
อายุ (ปี)**	44.2±14.0	44.3±15.0	0.982



เพศ			
ชาย	20(50.0)	18(90.0)	0.487
หญิง	0(0)	2(10.0)	
บาดเจ็บแขนข้างใด (Dominant side)	11(55.0)	12(60.0)	0.749
Rockwood type			
Type III	4(20.0)	5(25.0)	0.999
Type V	16(80.0)	15(75.0)	
ระยะเวลาที่บาดเจ็บก่อนได้รับการผ่าตัด			
<2 สัปดาห์	14(70.0)	12(60.0)	0.663
2-4 สัปดาห์	4(20.0)	4(20.0)	
4-6 สัปดาห์	2(10.0)	4(20.0)	
โรคประจำตัว	1(5.0)	5(25.0)	0.182
ยาทานที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด	1(5.0)	1(5.0)	0.999

HP : Hook plate; CC : Coracoclavicular stabilization; *ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า P value < 0.05

**ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย (mean) $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ข้อมูลการผ่าตัดพบค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 38.75 ± 12.76 นาที กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 87.50 ± 26.92 นาที ค่าเฉลี่ยของปริมาณของเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด กลุ่มที่ 1 เท่ากับ 28.5 ± 20.84 มิลลิลิตร กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 15.75 ± 6.34 มิลลิลิตร ค่าเฉลี่ยราคาอุปกรณ์ผ่าตัด (implant) กลุ่มที่ 1 เท่ากับ $31,040 \pm 587.87$ บาท และกลุ่มที่ 2 ราคา 12,000 บาททุกราย ผู้ป่วยในกลุ่ม

ที่ 1 ได้ใส่สายระบายเลือดหลังผ่าตัดทุกราย กลุ่มที่ 2 ทุกรายไม่ได้ใส่สายระบายเลือดหลังผ่าตัด ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 2 ซึ่งได้จำแนกค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยระยะเวลาของการผ่าตัด ค่าเฉลี่ยของปริมาณของเลือดที่สูญเสียระหว่างผ่าตัด ค่าเฉลี่ยราคาอุปกรณ์ผ่าตัด ดังที่แสดงในแผนภูมิที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ข้อมูลการผ่าตัด

ข้อมูลพื้นการผ่าตัด	n(%), n = 40		p value
	กลุ่มที่ 1 (HP) n=20	กลุ่มที่ 2 (CC) n=20	
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาผ่าตัด (นาที)			
Mean $\pm$ SD	38.75 ± 12.76	87.50 ± 26.92	<0.001*
Median(Interquartile range)	35(45)	87.50(26.92)	
ปริมาณการเสียเลือด(มล.)			
Mean $\pm$ SD	28.50 ± 20.84	15.75 ± 6.34	0.009*
Median(Interquartile range)	28.5(90.00)	15.00(20.00)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลการผ่าตัด

ข้อมูลพื้นฐานการผ่าตัด	n(%), n = 40		p value
	กลุ่มที่1 (HP) n=20	กลุ่มที่2 (CC) n=20	
ราคาอุปกรณ์(บาท) Mean±SD Median(Interquartile range)	31,040±587.87 38,000(12,000)	12,000±0 12,000(0)	<0.001*
ใส่สายระบายเลือดหลังผ่าตัด ใส่	20(100.0)	0(0.0)	<0.001*

HP : Hook plate ;CC : Coracoclavicular stabilization; *ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า P value < 0.05

ข้อมูลหลังผ่าตัดและติดตามการรักษา พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทันที(immediate post-op complication) จำนวน 1 ราย(ร้อยละ 5)ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างของ CC interval หลังผ่าตัดวันที่1และหลังผ่าตัด6เดือนในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 1.23±2.57 มิลลิเมตร กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 1.15±0.54 มิลลิเมตร (ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4)ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 3.25±1.01วัน กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2.3±0.57วัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวด 24ชั่วโมงและ48ชั่วโมงหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 4.75±1.71 และ 3.45±0.83ตามลำดับ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2.8±0.75 และ 2.6±0.99 ตามลำดับ(ค่ามัธยฐานและ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 5และ6ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยปริมาณการใช้ยาแก้ปวด morphine ภายใน 48ชั่วโมงหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 9.95±8.99 มิลลิกรัม กลุ่มที่ 2 เท่ากับ 2.35±3.27 มิลลิกรัม (ค่ามัธยฐานและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในแผนภูมิที่ 7) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่พบแผลติดเชื้อหรือแผลแยกก่อนตัดไหม 14วันจากการติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกพบภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 รวม 5 ราย(ร้อยละ 25) ในกลุ่มที่ 2 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัด ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P valueเท่ากับ 0.047 โดยมี relative risk เท่ากับ 2.33 95% confidence intervalที่ 1.59 - 3.42 (ตารางที่ 4)

ตารางที่4 ข้อมูลหลังผ่าตัดและติดตามการรักษา

ข้อมูลพื้นฐาน	n(%), n = 40		P value
	กลุ่มที่1 (HP) n=20	กลุ่มที่2 (CC) n=20	
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทันที (immediate post-op complication)	1(5.0)	1(5.0)	0.99
เปรียบเทียบความแตกต่างของ CC interval หลังผ่าตัดวันที่1และหลังผ่าตัด6 เดือน (มิลลิเมตร) Mean±SD Median(Interquartile range)	1.23±2.57 0.05(10)	1.15±0.54 1(1.5)	0.004*

จำนวนวันนอนหลังการผ่าตัด (วัน) Mean±SD Median(Interquartile range)	3.25±1.01 3(3)	2.3±0.57 2(2)	0.002*
คะแนนความเจ็บปวด(VAS) 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด Mean±SD Mean(Interquartile range) 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด Mean±SD Mean(Interquartile range)	4.75±1.71 4.5(5) 3.45±0.83 3(3)	2.8±0.75 3(3) 2.6±0.99 2.5(5)	0.001* 0.018*
ค่าเฉลี่ยปริมาณมอร์ฟีนที่ได้รับภายใน 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (มก.) Mean±SD Mean(Interquartile range)	9.95±8.99 10.5(33)	2.35±3.27 0(10)	0.004*
แผลผ่าตัดติดเชื้อ, แยก	0(0)	0(0)	NA
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างติดตาม	5(25.0)	0(0)	0.047*

HP : Hook plate; CC : Coracoclavicular stabilization; NA : Not available; VAS : Visual analog scale

*ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า P value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบการผ่าตัดในโรคข้อต่อไหล่ปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดแบบเฉียบพลัน ระหว่างการผ่าตัดด้วยวิธี clavicular hook plate(HP) และวิธี Modified coracoclavicular stabilization แบบ ชนิด Bidirectional loop system¹⁹(CC)ซึ่งการเทคนิคผ่าตัดดังกล่าว ผู้ทำการวิจัยได้ผ่าตัดในโรคกระดูกไหล่ปลาร้าส่วนปลายหัก จากการศึกษาและค้นคว้าวิจัยย้อนหลังยังไม่พบการวิจัยที่เปรียบเทียบการผ่าตัดทั้งสองเทคนิคนี้ในผู้ป่วยโรคกระดูกไหล่ปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุด การวิจัยย้อนหลังที่พบส่วนใหญ่จะเปรียบเทียบ suspensory deviceแบบเจาะกระดูกcoracoidใช้ autogenous graftยึดตรึง²⁰ เจาะกระดูกcoracoidแล้วใช้กระดูก endobuttonยึดตรึง²¹⁻²² เจาะกระดูกcoracoidแล้วปักหมุด anchor sutureยึดตรึง²³ หรือไม่ก็คล้องcoracoidด้วยmersilene tape²⁴ สำหรับวัตถุประสงค์หลักการวิจัยนี้คือ ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ใน

กลุ่ม Modified coracoclavicular stabilization แบบ ชนิด Bidirectional loop system¹⁹ เปรียบเทียบกับวิธี clavicular hook plate

จากการศึกษาแม้จะเป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง แต่เมื่อดูการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานก่อนการผ่าตัดไม่พบความแตกต่างทางสถิติ(ตารางที่1) และเมื่อพิจารณาข้อมูลการผ่าตัดพบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณการเสียเลือดและราคาอุปกรณ์ในกลุ่ม CC น้อยกว่ากลุ่ม HP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากการผ่าตัดเทคนิคนี้เป็นการผ่าตัดที่แผลไม่ใหญ่ และเข้าตามลายกล้ามเนื้อ (intermuscular plane)ทำให้มีความเสียหายต่อเนื้อเยื่อน้อยกว่า(less soft-tissue injury)ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Alexander Berisและคณะ²⁵ และอุปกรณ์การผ่าตัดใช้จำนวนและวัสดุแบบเดิมในทุก รายคือ Fiberwire เบอร์ 5 จำนวน 2เส้นและ กระดูก เหล็ก Endobutton 2 ตัว (Arthrex®, Naples, FL,USA) ยกเว้นในส่วนค่าเฉลี่ยระยะเวลาการผ่าตัดพบว่ากลุ่ม CC ใช้เวลาการผ่าตัดที่มากกว่ากลุ่ม HP

อย่างมีนัยสำคัญ(ตารางที่2) อาจเกิดจากขั้นตอนในการผ่าตัดเทคนิคนี้มีค่อนข้างมากและประสบการณ์ในการผ่าตัดของผู้ผ่าตัดยังมีไม่มาก สอดคล้องเช่นเดียวกับการศึกษาในปี2016ของ Dr.Alisara และคณะ²⁶ เป็นการศึกษาsystematic review and meta-analysis พบระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดในกลุ่ม loop suspensory fixation(LSF)ซึ่งคล้ายเทคนิคการผ่าตัดในกลุ่มCCในการวิจัยนี้ มีค่าเฉลี่ยเวลาการผ่าตัดที่มากกว่าในกลุ่ม HP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference 16.21 min 95%CI 6.27-26.15 min, $I^2=79\%$)นอกจากนี้ Dr.Alisara และคณะ²⁶ ยังได้ทำ systematic review and meta-analysis เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่ม LSF และกลุ่มHP ผลพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(Mean difference 0.02 ml 95%CI -0.08-0.13 ml, $I^2=0\%$)ซึ่งแตกต่างจากผลที่ได้ในวิจัยนี้ แต่ในปี 2019 Dr.Cong Wangและคณะ²⁷ ได้ศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดด้วยวิธี Suture Button fixation(SB) กับวิธี hook plate ซึ่งเป็นการศึกษาใน meta-analysisพบว่าผู้ป่วยในกลุ่ม SB ซึ่งคล้ายวิธีในกลุ่ม CC ในการวิจัยนี้ มีคะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มHPอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ตามตารางที่ 3 พบว่าหลังผ่าตัดที่ 24 และ 48 ชั่วโมง พบคะแนนความเจ็บปวดโดยเฉลี่ยในกลุ่ม CC น้อยกว่ากลุ่ม HP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ผลการศึกษาเพิ่มเติมในวิจัยนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณมอร์ฟีนที่ได้รับเป็นมิลลิกรัมภายใน 48ชั่วโมงหลังผ่าตัดและจำนวนวันนอนรพ.หลังผ่าตัดในกลุ่ม CC น้อยกว่ากลุ่ม HP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่3 ทำให้ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลได้ในวันนอนโรงพยาบาลและค่ายาแก้ปวด

ในส่วนของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทันที (immediate post-op complication) จากผลการวิจัยนี้พบคนไข้ 1รายในทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 5 เท่ากัน ซึ่งทำให้ไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dr.Alisara²⁶ และ Dr.Cong Wang²⁷ โดยคนไข้ทั้งสองรายนี้เกิดจาก

การ loss of reduction เนื่องมาจากเทคนิคและข้อผิดพลาดของผู้ผ่าตัดเอง และได้รับการแก้ไขในวันถัดมา(revision surgery) ผลการผ่าตัดแก้ไขสามารถแก้ไขได้เรียบร้อยดีในทั้งสองราย

การวิจัยนี้ได้ติดตามผลการรักษาในระยะเวลา 6เดือนหลังผ่าตัดเพื่อเก็บข้อมูลเปรียบเทียบเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายหลัง (Late complication) โดยดูความแตกต่างของ CC interval หลังผ่าตัดทันทีและที่6เดือนหลังผ่าตัดประเมินจากภาพรังสีเอกซเรย์ นอกจากนี้ยังได้รวบรวมข้อมูล Implant migration หรือ กระดูก Acromial สึกกร่อน (Acromial osteolysis) พบว่าค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ CC interval และร้อยละของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายหลัง กลุ่มHP มีมากกว่ากลุ่มCC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบงานวิจัยของ Dr.MS Atharและคณะ²⁸ ในปี2017พบว่าภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มHP เท่ากับ ร้อยละ33 ซึ่งใกล้เคียงกับการวิจัยนี้คือ 5ใน 20 ราย(ร้อยละ 25) จาก5รายนี้ทั้ง 4 รายเกิด implant migrationและ อีก 1 ราย เกิด severe acromial osteolysis เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มCCในการวิจัยนี้พบว่าไม่มีภาวะ implant migration หรือ implant failureเลยที่6เดือนหลังการผ่าตัด แต่จะพบค่าเฉลี่ยของ CC intervalที่เพิ่มขึ้น 1.15 ± 0.54 มิลลิเมตรในทุกราย จากการที่กลุ่ม HP 5 ใน 20 รายเกิดภาวะ implant migration และ severe acromial osteolysis ถึงแม้ว่าอีก15รายที่เหลือในกลุ่มHP จะไม่มี late complicationและแทบจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงของค่าCC intervalเลย จากผลดังกล่าวทำให้ในทางสถิติค่าเฉลี่ยความแตกต่างของ CC interval หลังผ่าตัดทันทีและที่ 6 เดือนหลังผ่าตัดของกลุ่มHPมากกว่ากลุ่มCCอย่างมีนัยสำคัญ ในปี 2018 Dr.Ying-Cheng Huangและคณะ²⁴ ได้ศึกษาวิจัยย้อนหลังเปรียบเทียบCC suture fixationโดยใช้ Mersilene tape(M group) กับ hook plate(H group) ในผู้ป่วย AC joint injury type 5 ผลของการศึกษาพบว่าภาวะแทรกซ้อนภายหลังในกลุ่มhook plateมีค่าใกล้เคียงกับการวิจัยนี้คือ ร้อยละ37.5(9ใน 24ราย) ซึ่งทุกรายเกิด Acromial osteolysis และ

Subacromial impingement แต่ในทางกลับกันใน M group ซึ่งมีลักษณะการผ่าตัดโดยการคล้องใต้กระดูก coracoid ด้วย Mersilene tape คล้ายกลุ่ม CC ของการวิจัยนี้ แตกต่างกันในตำแหน่งกระดูกไหปลาร้าซึ่งได้มีการเจาะรูที่กระดูกไหปลาร้าและผูก Mersilene tape ที่กระดูกชิ้นนี้โดยตรง ทำให้ภาวะแทรกซ้อนภายหลังที่เกิดขึ้นถึงร้อยละ 40 (10 ใน 25 ราย) โดย 9 รายเกิด loss reduction และอีก 1 รายพบกระดูกไหปลาร้าหัก ซึ่งต่างจากเทคนิคผ่าตัดกลุ่ม CC ในวิจัยนี้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังอาจเนื่องมาจากด้วยวิธีการผ่าตัดนี้ ได้เจาะรูที่กระดูกไหปลาร้าในขนาดเล็ก 2.5 มิลลิเมตรจำนวน 2 รู และส่งไหม fiber wire เบอร์ 5 (Arthrex®, Naples, FL, USA) ที่คล้องจากใต้กระดูก coracoid ขึ้นไปยังรูกระดูกไหปลาร้าที่เจาะไว้ทั้งสองรู และใส่ไหมในรูกระดูก humeral head endobutton (Arthrex®, Naples, FL, USA) จากนั้นจึงผูกไหมโดยมีกระดูกเหล็กขัดได้ปม ไม่ได้ผูกไหมเกิดปมบนไหปลาร้าโดยตรง ทางผู้วิจัยมีความเห็นว่าข้อดีของเทคนิคนี้สามารถผูกไหมได้แน่นหนาโดยมีกระดูกเหล็กขัด ไม่ต้องกลัวภาวะกระดูกไหปลาร้าหัก ทำให้เกิดภาวะ loss reduction ภายหลังได้น้อย นอกจากนี้ยังมีการผูกยึดที่กระดูกไหปลาร้าจำนวนสองตำแหน่งทำให้แน่นหนามากยิ่งขึ้นและถ้าภายหลังเกิดปมไหมที่ใดที่หนึ่งคลายตัว ก็ยังมีอีกปมหนึ่งช่วยยึดได้เป็นอย่างดีจนเอ็น coracoclavicular ติด (cc ligament healed)

สรุป

การผ่าตัดโรคข้อต่อไหปลาร้าส่วนปลายเคลื่อนหลุดแบบเบนิบพลันด้วยวิธี modified coracoclavicular stabilization แบบชนิด bidirectional loop system มีข้อดีกว่าวิธี clavicular hook plate คือ ปริมาณการเสียเลือดในช่องผ่าตัดที่น้อยกว่า ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า ทำให้ยาแก้ปวดมอร์ฟีนที่ได้รับหลังผ่าตัดและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดลดลง นอกจากนี้ราคาอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดถูกกว่า ทำให้สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลไปได้ส่วนหนึ่งทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล การบริหารจัดการยาและอุปกรณ์ผ่าตัด และยังพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายหลังที่น้อยกว่า แต่จากการวิจัยนี้พบเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดมากกว่าอาจเนื่องด้วยประสบการณ์และขั้นตอนรายละเอียดของการผ่าตัดที่ซับซ้อนมากกว่า จึงถือได้ว่าเป็นวิธีการผ่าตัดอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคนี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และฝ่ายส่งเสริมงานวิจัย โรงพยาบาลหนองคาย ที่ได้อนุญาตให้ดำเนินการทำงานวิจัยชิ้นนี้ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Babhulkar A, Pawaskar A. Acromioclavicular joint dislocations. Curr Rev Musculoskelet Med. 2014;7(1):33-39. doi:10.1007/s12178-013-9199-2
2. Macdonald PB, Lapointe P. Acromioclavicular and sternoclavicular joint injuries. Orthop Clin North Am. 2008;39(4):535-viii. doi:10.1016/j.ocl.2008.05.003
3. Chillemi C, Franceschini V, Dei Giudici L, et al. Epidemiology of isolated acromioclavicular joint dislocation. Emerg Med Int. 2013;2013:171609. doi:10.1155/2013/171609
4. Nolte PC, Lacheta L, Dekker TJ, Elrick BP, Millett PJ. Optimal Management of Acromioclavicular Dislocation: Current Perspectives. Orthop Res Rev. 2020;12:27-44. Published 2020 Mar 5. doi:10.2147/ORR.S218991
5. Galpin RD, Hawkins RJ, Grainger RW. A comparative analysis of operative versus nonoperative treatment of grade III acromioclavicular separations. Clin Orthop Relat Res. 1985;(193):150-155.

- 6.Larsen E, Bjerg-Nielsen A, Christensen P. Conservative or surgical treatment of acromioclavicular dislocation. A prospective, controlled, randomized study. *J Bone Joint Surg Am.* 1986;68(4):552-555.
- 7.Rawes ML, Dias JJ. Long-term results of conservative treatment for acromioclavicular dislocation. *J Bone Joint Surg Br.* 1996;78(3):410-412.
- 8.Beitzel K, Mazzocca AD, Bak K, et al. ISAKOS upper extremity committee consensus statement on the need for diversification of the Rockwood classification for acromioclavicular joint injuries. *Arthroscopy.* 2014;30(2):271-278. doi:10.1016/j.arthro.2013.11.005
- 9.Bontempo NA, Mazzocca AD. Biomechanics and treatment of acromioclavicular and sternoclavicular joint injuries. *Br J Sports Med.* 2010;44(5):361-369. doi:10.1136/bjsm.2009.059295
- 10.ALEXANDER OM. Dislocation of the acromioclavicular joint. *Radiography.* 1949;15(179):260.
- 11.ALEXANDER OM. Radiography of the acromioclavicular articulation. *Med Radiogr Photogr.* 1954;30(2):34-39.
- 12.Johansen JA, Grutter PW, McFarland EG, Petersen SA. Acromioclavicular joint injuries: indications for treatment and treatment options. *J Shoulder Elbow Surg.* 2011;20(2 Suppl):S70-S82. doi:10.1016/j.jse.2010.10.030
- 13.Beitzel K, Cote MP, Apostolakis J, et al. Current concepts in the treatment of acromioclavicular joint dislocations. *Arthroscopy.* 2013;29(2):387-397. doi:10.1016/j.arthro.2012.11.023
- 14.Lee SJ, Nicholas SJ, Akizuki KH, McHugh MP, Kremenich IJ, Ben-Avi S. Reconstruction of the coracoclavicular ligaments with tendon grafts: a comparative biomechanical study. *Am J Sports Med.* 2003;31(5):648-655. doi:10.1177/03635465030310050301
- 15.Harris RI, Wallace AL, Harper GD, Goldberg JA, Sonabend DH, Walsh WR. Structural properties of the intact and the reconstructed coracoclavicular ligament complex. *Am J Sports Med.* 2000;28(1):103-108. doi:10.1177/03635465000280010201
- 16.Zooker CC, Parks BG, White KL, Hinton RY. TightRope versus fiber mesh tape augmentation of acromioclavicular joint reconstruction: a biomechanical study. *Am J Sports Med.* 2010;38(6):1204-1208. doi:10.1177/0363546509359064
- 17.Leidel BA, Braunstein V, Pilotto S, Mutschler W, Kirchhoff C. Mid-term outcome comparing temporary K-wire fixation versus PDS augmentation of Rockwood grade III acromioclavicular joint separations. *BMC Res Notes.* 2009;2:84. Published 2009 May 9. doi:10.1186/1756-0500-2-84
- 18.Kezunović M, Bjelica D, Popović S. Comparative study of surgical treatment of acromioclavicular luxation. *Vojnosanit Pregl.* 2013;70(3):292-297. doi:10.2298/vsp1303292k
- 19.Kanchanatawan W, Wongthongsalee P. Management of acute unstable distal clavicle fracture with a modified coracoclavicular stabilization technique using a bidirectional coracoclavicular loop system. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2016;26(2):139-143. doi:10.1007/s00590-015-1723-1
- 20.Ye G, Peng CA, Sun HB, Xiao J, Zhu K. Treatment of Rockwood type III acromioclavicular joint dislocation using autogenous semitendinosus tendon graft and endobutton technique. *Ther Clin Risk Manag.* 2016;12:47-51. Published 2016 Jan 11. doi:10.2147/TCRM.S81829
- 21.Struhl S, Wolfson TS. Closed-Loop Double Endobutton Technique for Repair of Unstable Distal Clavicle Fractures. *Orthop J Sports Med.* 2016;4(7):2325967116657810. Published 2016 Jul 26. doi:10.1177/2325967116657810
- 22.Horst K, Dienstknecht T, Pishnamaz M, Sellei RM, Kobbe P, Pape HC. Operative treatment of acute acromioclavicular joint injuries graded Rockwood III and IV: risks and benefits in tight rope technique vs. k-wire fixation. *Patient Saf Surg.* 2013;7:18. Published 2013 May 30. doi:10.1186/1754-9493-7-18
- 23.Teodoro RL, Nishimi AY, Pascarelli L, Bongiovanni RR, Velasco MAP, Dobashi ET. Surgical treatment of acromioclavicular dislocation using the endobutton. *Acta Ortop Bras.* 2017;25(3):81-84. doi:10.1590/1413-785220172503166657



- 24.Huang YC, Yang SW, Chen CY, Lin KC, Renn JH. Single coracoclavicular suture fixation with Mersilene tape versus hook plate in the treatment of acute type V acromioclavicular dislocation: a retrospective analysis. *J Orthop Surg Res.* 2018;13(1):110. Published 2018 May 16. doi:10.1186/s13018-018-0831-0
- 25.Beris A, Lykissas M, Kostas-Agnantis I, Vekris M, Mitsionis G, Korompilias A. Management of acute acromioclavicular joint dislocation with a double-button fixation system. *Injury.* 2013;44(3):288-292. doi:10.1016/j.injury.2013.01.002
- 26.Arachakaran A, Boonard M, Piyapittayanun P, et al. Post-operative outcomes and complications of suspensory loop fixation device versus hook plate in acute unstable acromioclavicular joint dislocation: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Traumatol.* 2017;18(4):293-304. doi:10.1007/s10195-017-0451-1
- 27.Wang C, Meng JH, Zhang YW, Shi MM. Suture Button Versus Hook Plate for Acute Unstable Acromioclavicular Joint Dislocation: A Meta-analysis. *Am J Sports Med.* 2020;48(4):1023-1030. doi:10.1177/0363546519858745
- 28.Athar MS, Ashwood N, Arealis G, Hamlet M, Salt E. Acromioclavicular joint disruptions: A comparison of two surgical approaches 'hook' and 'rope'. *J Orthop Surg.* 2018;26(1):1-5. doi:10.1177/2309499017749984

รูปแบบการถวายนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ Model of Tuberculosis prevention practice guideline for Phra Kilanupattha Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: November 14, 2021; Accepted: November 28, 2021)

ธัญ พรรณประสาธน์¹

Tan Phanprasart

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของพระคิลานุปัฏฐาก และศึกษารูปแบบการถวายนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวัณโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน ระหว่าง เดือน มกราคม 2564 – มีนาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ พระคิลานุปัฏฐาก ในเขตอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ 45 รูป เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .05 ทุกค่า) โดยที่หลังการดำเนินการความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ สูงกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ : พระคิลานุปัฏฐาก , การป้องกันวัณโรค

Abstract

This research was action research aimed to studied of the comprehension of TB prevention practices of Phra Kilanupattha and studied guideline model of TB prevention practices of Phra Kilanupattha **Yang Talat District, Kalasin Province**. The studied period was 3 months between January 2021 – March 2021. Sample size were 45 Phra Kilanupattha in Yang Talat District Kalasin Province. Data were collected by questionnaire. Data were analyzed by content analysis , frequency , percentage , mean , standard deviation and Dependent t-test.

The results showed that total and aspect comprehension of TB prevention practices of Phra Kilanupattha Yang Talat District, Kalasin Province before operation were middle level after operation were very much level. And total and aspect comprehension of TB prevention practices of Phra Kilanupattha Yang Talat District, Kalasin Province before and after found had difference was statistically significant at the .05 level (p-value < .05 for all values). After operation comprehension of tuberculosis prevention practice of Phra Kilanupattak, Yang Talat District, Kalasin Province higher than before the operation.

Keyword : Phra Kilanupattha , TB prevention

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด

บทนำ

วัณโรคยังเป็นปัญหาสาธารณสุขเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวีความยากจน การอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้ายตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและตั้งแต่ เดือนเมษายน พ.ศ. 2536 (ค.ศ. 1993) วัณโรคเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิต 10 อันดับแรกของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วโลกมากถึง 10 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคถึง 1.5 ล้านคน (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 (ค.ศ. 1998) โดยจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มประเทศเหล่านี้คิดเป็นประมาณร้อยละ 80 ของ ผู้ป่วยทั่วโลกประเทศที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลกได้แก่อินเดียรองลงมาคือจีนซึ่งมีผู้ป่วยใหม่เกิน 1 ล้านคนต่อปีในปีพ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) ประเทศไทยอยู่ในประเทศที่มีปัญหาด้านวัณโรคเป็นลำดับที่ 26 จาก 30 ประเทศทั่วโลก ปี 2558-2560 (ปราณี บุญยวงศ์วิโรจน์, 2554; World Health Organization, 2015)

สถานการณ์วัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีแนวโน้มลดลงทุกปี คือ 1,241 ราย, 1,205 ราย และ 1,031 ราย ตามลำดับ และอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำระหว่าง ปีงบประมาณ 2556 – 2558 คือ ร้อยละ 84.19, ร้อยละ 85.68 และร้อยละ 85.33 ตามลำดับ เป็นไปได้ว่าจากผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคที่สูงขึ้น จะส่งผลกระทบต่ออุบัติการณ์ให้ลดลง ปีงบประมาณ 2558 อัตราความสำเร็จการรักษาร้อยละ 85.33 ปัญหาส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 8.38 ขาดยาร้อยละ 2.10 และประเมนการรักษาไม่ได้

ร้อยละ 2.10 ข้อมูลจำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ปีงบประมาณ 2560 จำแนกเป็น 10 กลุ่ม รวมประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายทั้งหมด 103,229 คน ผลการคัดกรองค้นหาวัณโรค ในไตรมาสที่ 1/2560 (ตุลาคม – ธันวาคม 2559) ได้จากสัมภาษณ์คัดกรอง 12,657 คน พบอาการสงสัยวัณโรคส่งเอกซเรย์ทรวงอก 2,307 คน ตรวจเสมหะ 870 คน พบว่า ป่วยเป็นวัณโรค 54 คน กลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองแล้วพบว่าป่วยเป็นวัณโรคสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2560)

พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญ ในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองสิ่งแวดล้อมภายในวัด และขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาวะของชุมชน ในปัจจุบันพระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพของประชาชน และพระสงฆ์ โดยกำหนดให้วัด เป็นสถานที่ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เนื่องจากการที่วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน การส่งเสริมให้วัดเป็นวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Temple) จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะส่งผลที่ดีให้กับประชาชน ในท้องถิ่น ชุมชน มีสุขภาพที่ดีตามวิถีแบบไทยๆ กลไกการพัฒนาที่สำคัญ คือการสร้างและพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อสว.) เพื่อให้พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระอสว.) มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและให้คำแนะนำ ดูแลพระสงฆ์ภายในวัด และชุมชนได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สถานการณ์วันโรคในพระสงฆ์อำเภออย่างตลาด พบว่า จากปีงบประมาณ 2558 ถึงปีงบประมาณ 2560 พบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธ มีจำนวน 15, 18 และ 20 รูป ตามลำดับ อัตราการรักษาสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 90, 80 และ 90 ตามลำดับ (โรงพยาบาลอย่างตลาด, 2561) การดำเนินการที่ผ่านมาพระสงฆ์จะได้รับการรักษาวันโรคที่โรงพยาบาลจัดบริการให้เท่านั้น ส่วนการดูแลบำบัดรักษาด้วยตนเองที่วัด รวมถึงการดูแลด้วยการสนับสนุนจากชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จริยวัตรของพระสงฆ์จะต้องรับกิณิมนต์เมื่อชาวบ้านมานิมนต์แม้บางครั้งอาพาธจะปฏิเสธค่อนข้างยาก จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา รูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวันโรค อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน รวมถึงมีรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธ และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จะมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตพระสงฆ์ที่อาพาธ ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวันโรค อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

รูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวันโรค อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน มกราคม – มีนาคม 2564 รวมระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ พระคิลานุปัฏฐาก ในเขตอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระคิลานุปัฏฐาก ในเขตอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ตำบลละ 3 รูป 15 ตำบล รวมทั้งสิ้น 45 รูป

ขั้นตอนในการวิจัย

รูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวันโรค อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนหรือวิธีการในการสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้อย่างสมเหตุสมผลให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดังต่อไปนี้

1. การศึกษาความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. การกำหนดรูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวันโรค อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. การประเมินผลการนำรูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวันโรค อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ไปปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันวันโรค อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การบรรยาย สลับกับการสนทนาเพื่อหาข้อสรุปในการปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้องตามหลักวิชาการ ตั้งแต่การป้องกันกรณีไม่มีการพบเชื้อวันโรค การดูแลระหว่างการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค จนถึง การป้องกันไม่ให้ป่วยวันโรคซ้ำอีก ตามแนวทางในการป้องกันควบคุมโรควันโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภออย่าง

ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย 1) การป้องกันกรณีไม่มีการพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2) การดูแลระหว่างการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 3) การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยไวรัสโคโรนาซ้ำอีก เป็นแบบสอบถามแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับความคิดเห็นท่านน้อยที่สุด

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .787

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคัลานูปัญฐานในการป้องกันไวรัสโคโรนา อ้าเกอยางตลาดจังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การบรรยาย สลับกับการสนทนาเพื่อหาข้อสรุปในการปฏิบัติที่เหมาะสม และถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้แก่

1.1 การป้องกันกรณีไม่มีการพบเชื้อไวรัสโคโรนา โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การดูแลสุขภาพออกกำลังกายให้แข็งแรง การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การตรวจการทำงานของปอด การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองโรค โดยเฉพาะผู้สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด การขอคำปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ การหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดผู้ป่วยไวรัสโคโรนา และอาการน่าสงสัยว่าจะเป็นไวรัสโคโรนาต้องไปพบแพทย์

1.2 การดูแลระหว่างการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย งดการบิณฑบาต สวมหน้ากากอนามัย ปิดปาก ปิดจมูก แยกชั้นภัตตาหาร ไม่ฉันร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น งดลงอุโบสถ งดร่วมสังฆกรรม เสนาสนะที่อาศัยต้องเก็บของให้เป็นระเบียบ และทำความสะอาด เสนาสนะที่อาศัย ต้องเปิดประตู-หน้าต่าง กุฏิหรือที่พักอาศัยให้โล่ง ช่วยให้อากาศถ่ายเทได้ดี แสงแดดส่องถึงเพื่อลดเชื้อโรค ซักและตากแดดเครื่องนุ่งห่ม และเปลี่ยนผ้าถ้อครองทุกวัน ภาชนะใส่เสมหะ รองด้วยถุงพลาสติก

ที่ใส่น้ำผงซักฟอกไว้แล้ว และต้อง ซากเสมหะลงในภาชนะนี้เท่านั้นและอาการแพ้ยา

1.3 การป้องกันไม่ให้เป็นวัณโรคซ้ำอีก โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การดูแลสุขภาพสภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ การตรวจสุขภาพร่างกายปีละ 1 – 2 ครั้ง การหลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีผู้คนแออัด อากาศไม่ถ่ายเท การลด ละ เลิกสูบบุหรี่ การลด ละ เลิกเครื่องดื่มชูกำลัง และการเฝ้าระวังมีอาการที่สงสัยวัณโรค ไอติดต่อกัน เกิน 2 สัปดาห์

2. ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 1 ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันวัณโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อความ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
การป้องกันกรณีไม่มีการพบเชื้อวัณโรค	3.23	0.34	ปานกลาง	4.66	0.20	มากที่สุด
1. ดูแลสุขภาพออกกำลังกายให้แข็งแรง	3.05	0.61	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่	3.41	0.50	มาก	4.58	0.50	มากที่สุด
3. ตรวจการทำงานของปอด	3.57	0.50	มาก	4.42	0.50	มากที่สุด
4. ตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรองโรค โดยเฉพาะผู้สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิด	3.20	0.41	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
5. การขอคำปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์	3.36	0.49	ปานกลาง	4.64	0.48	มากที่สุด
6. หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค	3.02	0.90	ปานกลาง	4.58	0.50	มากที่สุด
7. หากมีอาการน่าสงสัยว่าจะเป็นวัณโรค ควรรีบไปพบแพทย์	2.98	0.66	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
การดูแลระหว่างการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค	3.11	0.50	ปานกลาง	4.67	0.33	มากที่สุด
1. งดการบิณฑบาต	3.36	0.49	ปานกลาง	4.64	0.48	มากที่สุด
2. สวมหน้ากากอนามัย ปิดปาก ปิดจมูก	3.20	0.41	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
3. แยกชั้นภัตตาหาร ไม่ฉันร่วมกับพระสงฆ์รูปอื่น	3.20	0.41	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
4. งดลงอุโบสถ	3.20	0.41	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
5. งดร่วมสังฆกรรม	3.23	0.71	ปานกลาง	4.62	0.49	มากที่สุด
6. เสนาสนะที่อาศัยต้องเก็บของให้เป็นระเบียบ และทำความสะอาด	3.05	0.61	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
7. เสนาสนะที่อาศัย ต้องเปิดประตู-หน้าต่าง กุฏิ หรือที่พักอาศัยให้โล่ง ช่วยให้อากาศถ่ายเทได้ดี แสงแดดส่องถึงเพื่อลดเชื้อโรค	2.77	0.99	ปานกลาง	4.62	0.49	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อความ	ก่อนดำเนินการ			หลังดำเนินการ		
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
8. ชักและตากแดดเครื่องนุ่งห่ม และเปลี่ยนผ้าถื่อครองทุกวัน	3.09	1.01	ปานกลาง	4.47	0.50	มากที่สุด
9. ภาชนะใส่เสมหะ รองด้วยถุงพลาสติก ที่ใส่น้ำผงซักฟอกไว้แล้ว และต้อง ขากเสมหะลงในภาชนะนี้เท่านั้น	3.09	1.01	ปานกลาง	4.47	0.50	มากที่สุด
10. อาการแพ้ยา	2.91	0.91	ปานกลาง	4.64	0.48	มากที่สุด
การป้องกันไม่ให้เป็นโรคซ้ำอีก	3.12	0.39	ปานกลาง	4.70	0.25	มากที่สุด
1. ดูแลรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ	2.95	0.65	ปานกลาง	4.82	0.39	มากที่สุด
2. ตรวจสุขภาพร่างกายปีละ 1 – 2 ครั้ง	2.80	0.76	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
3. หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีผู้คนแออัด อากาศไม่ถ่ายเท	2.98	0.66	ปานกลาง	4.80	0.40	มากที่สุด
4. ลด ละ เลิกสูบบุหรี่	3.20	0.73	ปานกลาง	4.60	0.50	มากที่สุด
5. ลด ละ เลิกเครื่องดื่มชูกำลัง	3.39	0.49	ปานกลาง	4.60	0.50	มากที่สุด
6. เฝ้าระวังมีอาการที่สงสัยว่าโรค ใกล้เคียงกันเกิน 2 สัปดาห์	3.41	0.50	มาก	4.58	0.50	มากที่สุด
รวม	3.14	0.33	ปานกลาง	4.67	0.20	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด

3. การเปรียบเทียบความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังดำเนินการ

กลุ่ม	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การป้องกันกรณีไม่มีการพบเชื้อโรค	3.23	0.34	4.66	0.20	43	-17.781	.000	-1.59783	-1.27230
การดูแลระหว่างการรักษา	3.11	0.50	4.67	0.33	43	-12.469	.000	-1.79805	-1.29741
การป้องกันไม่ให้เป็นโรคซ้ำอีก	3.12	0.39	4.70	0.25	43	-16.884	.000	-1.77245	-1.39421
รวม	3.14	0.33	4.67	0.20	43	-18.747	.000	-1.68653	-1.35892

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$ ทุกค่า)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากความเข้าใจในแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก ยังมีความคลาดเคลื่อน เช่น การ หลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดผู้ป่วยโรค หรือหากมีอาการนำสงสัยว่าจะเป็นโรค ควรรีบไปพบแพทย์ สอดคล้องกันกับการศึกษาของการสำรวจสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์โดยกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2559 พบว่า พระสงฆ์ยังมีปัญหาในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีสาเหตุเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ (อโนทัย ฝ่ายขาว และคณะ, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันโรค อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การบรรยาย สลับกับการสนทนาเพื่อหาข้อสรุปในการปฏิบัติที่เหมาะสม และถูกต้องตามหลักวิชาการ ตั้งแต่การป้องกันกรณีไม่มีการพบเชื้อโรค การดูแลระหว่างการรักษาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค จนถึง การป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคซ้ำอีก ตามแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคโควิด ทำให้ ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้านก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < .05$ ทุกค่า) โดยที่หลังการดำเนินการ

ความเข้าใจการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ สูงกว่าก่อนการดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบทุกค่า) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ และหทัยชนก บัวเจริญ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์อาพาธในจังหวัดนครปฐม ผลงานวิจัยพบว่า การทดสอบความรู้ก่อนและหลังการลงมือปฏิบัติพบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกันกับการศึกษาของ สมัญญา มุขอาษา เกษร ลำเภาทอง (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมหะเป็นลบในเดือนที่ 2 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. การถวายแนวปฏิบัติพระคิลานุปัฏฐากในการป้องกันโรค ควรศึกษาส่วนขาดเกี่ยวกับความเข้าใจในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก และเติมเต็มพร้อมกับสร้างเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ด้วยการบรรยาย สลับกับการสนทนาเพื่อหาข้อสรุปในการปฏิบัติที่เหมาะสม และถูกต้องตามหลักวิชาการ
2. ควรศึกษาผลการปฏิบัติในการป้องกันโรคของพระคิลานุปัฏฐาก ที่มีผลต่ออุบัติการณ์การเกิดโรค การรักษาโรค และการกระจายของโรค เพื่อการป้องกันโรคที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.(2553). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการ วินิจฉัยและรักษาวัณโรคระยะแฝงในเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค-แอนด์ดีไซน์; 2553.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2561). คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด-อศว.). นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงสาธารณสุข.(2552). Management of tuberculosis. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค-แอนด์ดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2561). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค-แอนด์ดีไซน์.
- จตุพร พันธะเกษม, พิษณุรักษ์ กันทวิและ อมรรัตน์ อนุวัฒน์นทเขตต์. (2561) ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตัวในการ ป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 169 - 78
- ฉัตรวลัย ไจอารีย์ หทัยชนก บัวเจริญ (2563) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์อาพาธในจังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2563. 112 - 26
- ปราญ์ บุญยวงศ์โรจน์. สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย [Internet]. 2554;1:4. Available from: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/Knowledge/JO MAT/JOMATY01v03S03.pdf>
- โรงพยาบาลยางตลาด. (2561). สถานการณ์วัณโรคในพระสงฆ์อำเภอยางตลาด. ภาพสีนิจ: โรงพยาบาลยางตลาด.
- สมัญญา มุขอาษา เกษร สำเภาทอง (2560) ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจใน ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปีที่ 24 ฉบับที่ 1; 13 - 26
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2560). สถานการณ์วัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างปีงบประมาณ 2557 – 2559. ภาพสีนิจ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
- อินทัย ฝ่ายขาว,สุดดี ภูทองไสย, กัญญา จันทร์พล, ปาริชาติ ชนะหาญ. (2563) ประเมินผลการดำเนินงานพระคิลานุปัฏฐาก ในเขตรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น. รายงานการวิจัย. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
- Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
- World Health Organization. Global tuberculosis report 2017 [Internet]. 20th ed. 2015. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- World Health Organization. Tuberculosis [Internet]. 2020 cited 2020May 4).Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ pneumonia แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

Development of nursing documentation of pneumonia patients in Inpatient Units at Kham Ta Kla Hospital, Kham Ta Kla District, Sakon Nakhon Province.

(Received: November 11, 2021; Accepted: December 1, 2021)

นิทรา เกษลี¹

Nitra Kessalee¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการพัฒนา PDCA (Plan-Do-Check-Act) มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า จังหวัดสกลนคร และเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกก่อนและหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า จำนวน 15 คน และแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อนการพัฒนาจำนวน 40 ฉบับและหลังการพัฒนาจำนวน 40 ฉบับ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Dependent t - test

ผลการศึกษา : 1) ในขั้นตอนของการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ คือ ไม่มีแบบฟอร์มการบันทึกเฉพาะ พยาบาลวิชาชีพขาดทักษะในการเขียนบันทึก และขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกลุ่มอาการปอดอักเสบ 2) หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำคู่มือและตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ครอบคลุม แบบบันทึกแรกรับ แบบบันทึกชี้เฉพาะ แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาลและแบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่าย 3) จัดอบรมและฝึกทักษะพยาบาลวิชาชีพในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลพร้อมกับแจกคู่มือการบันทึกทางการพยาบาลที่จัดทำขึ้น 4) ผลการเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลหลังการพัฒนา ($\bar{X}$ =23.95, S.D.=2.14) สูงกว่าก่อนการพัฒนา ($\bar{X}$ =19.83, S.D.=1.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t =9.258, p <0.01) และ 5) ความพึงพอใจต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.60, S.D.=0.51)

คำสำคัญ: การพัฒนา, บันทึกทางการพยาบาล, กลุ่มอาการปอดอักเสบ

Abstract

This research was action research used PDCA (Plan-Do-Check-Act) process. Aimed to development nursing documentation of pneumonia patients in Inpatient Units at Kham Ta Kla Hospital, Sakon Nakhon Province and compared mean score of documentary quality before and after the process of development. Sampling were 15 register nurses who work in Inpatient Units at Kham Ta Kla Hospital, and 40 documentary of pneumonia patients before and 40 documents after the improving. Data was collected on the month of September to October, 2021. The instruments for collecting the data included the form of nurse demographic data, the audit checklists assessing the quality of the recording data, and the nurse satisfaction questionnaire of using the improving documentary of pneumonia patients. The data were analyzed by content analysis and descriptive statistics comprising frequency, percentage, mean and standard deviation.

¹ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลคำตากล้า

A comparison of mean scores of the quality recording before and after the improving were analyzed by using Dependent t-test.

Result: 1) the problem of recording was not have focus documentary form of pneumonia patients, the register nurses lack of recording skills and knowledge about pneumonia disease 2) improving the pneumonia documentary form and setting documentary manual with sample of recording nursing activity for pneumonia patients consisted the form of first time admitted, focus list, nursing progress note and discharge plan, 3) teaching about pneumonia disease and training skill of register nurses to record all of the improving pneumonia documentary forms 4) Mean score of the quality audit chart after the improving higher than before significantly at 0.05 level ($\bar{X}$ =23.95, S.D.=2.14 vs $\bar{X}$ =19.83, S.D.=1.84; t =-9.258, p <0.05) and 5) the satisfaction of register nurses to use the improving documentary of pneumonia patients was the highest ($\bar{X}$ =4.60, S.D.=0.51).

Key word: Development, nursing documentary, pneumonia

บทนำ

บันทึกทางการแพทย์เป็นหลักฐานสำคัญในการสะท้อนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ และสามารถใช้ในการสื่อสารระหว่างบุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพ ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพจึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์ที่มีคุณภาพนั้นจะต้องสะท้อนแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยอาจใช้ทฤษฎีทางการแพทย์ทฤษฎีใด ทฤษฎีหนึ่งหรือหลายทฤษฎีร่วมกันในการประเมินภาวะสุขภาพ จนถึงการประเมินผลปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งต้องครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Bowmann G and other, 1983; Varcoe C, 1996) ดังนั้นถ้ามีการบันทึกทางการแพทย์อย่างครบถ้วนถูกต้อง ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีเพราะผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้รับรู้ข้อมูลผู้ป่วยอย่างชัดเจน ทำให้นำมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง และยังเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพการพยาบาลเพราะการบันทึกบ่งบอกถึงสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

การบันทึกแบบชี้เฉพาะ (focus charting) ได้ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลายเรื่อง อาทิเช่น การศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์โดยใช้รูปแบบการบันทึกชี้เฉพาะ แผนกหอผู้ป่วยอายุรกรรม

โรงพยาบาลชลบุรี (สุปราณี ศรีพลวงษ์ และจกมล ธัมปสาโท, 2557) พบว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ก่อนใช้รูปแบบบันทึกชี้เฉพาะ มีค่าเฉลี่ยร้อยละ 81.1 หลังการใช้การบันทึกแบบชี้เฉพาะมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 84.3 และการศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกการพยาบาลแบบชี้เฉพาะของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ฐิติขวัญ นวมขิต, 2557) ซึ่งพบว่าความถูกต้องตามหลักการบันทึกและความต่อเนื่องอยู่ในระดับดีมากทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 88.53, 89.82 และ 82.70 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้มีการนำไปใช้ในการศึกษาการพัฒนาแบบการบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะ (ทัศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ, 2560) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการแพทย์หลังใช้รูปแบบบันทึกภาพรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการแพทย์ จุดเด่นของการบันทึกแบบชี้เฉพาะคือ การให้ความสำคัญกับเรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจมากกว่าการบันทึกลำดับของปัญหา (problem list) หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (medical diagnosis) หรือข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ (nursing diagnosis) อย่างเดียว การบันทึกแบบชี้เฉพาะเป็นการบันทึกที่ให้ความสำคัญด้านมุมมองด้านผู้ป่วย มีลักษณะมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered)

ข้อมูลที่บ้านทีกเป็นเรื่องสำคัญเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามเป้าหมาย (goal/outcome) ที่กำหนด และการตอบสนองต่อการดูแลรักษาที่ให้กับผู้ป่วย การบันทึกลักษณะนี้มีความ ยืดหยุ่น และสามารถปรับใช้ได้ทุกหน่วยบริการทางการแพทย์ เป็นบันทึกที่สะท้อนการทำงานของพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาล และมีรูปแบบที่เอื้อให้มีการบันทึกข้อมูลที่รวดเร็วและกระชับ มีการแยกบันทึกส่วนที่เป็นประเด็นสำคัญคือ Focus ทำให้ง่ายต่อการหาข้อมูลสำคัญ หรือประเด็นปัญหาของผู้ป่วย ได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดเวลาในการอ่านเอกสาร เป็นการส่งเสริมการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยให้แก่บุคลากรวิชาชีพอื่นในทีม (พรศิริ พันธสี, 2558)

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นหนึ่งในกระบวนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ อาทิเช่น ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ที่มีอาการเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบ และอื่นๆ พยาธิสภาพของโรคทำให้อาการผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยเฉพาะหากเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ จะส่งผลต่อแนวทางการดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที จากข้อมูลจากเวชระเบียนพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำตากล้า ด้วยกลุ่มอาการปอดอักเสบระหว่างปี 2560 – 2563 มีจำนวน 143 ราย, 121 ราย และ 150 ราย ตามลำดับ มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จำนวน 18 ราย, 17 ราย และ 20 ราย ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบเสียชีวิตปีละ 1 ราย จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ จำเป็นต้องได้รับ

การประเมิน การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร โดยอาศัยกระบวนการพัฒนาคุณภาพ PDCA เป็นกรอบในการพัฒนา เน้นให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุรวมทั้งแนวทางแก้ไขและสร้างแนวทางในการพัฒนาการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้อย่างมีคุณภาพซึ่งนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการพัฒนาตามแบบ PDCA (plan-do-check-act) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า จำนวน 15 คน และผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน

โรงพยาบาลคำตากล้า จำนวน 15 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเลือกโดยเจาะจงทั้งหมด เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ ไม่ได้ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยใน ย้ายที่ทำงาน หรือลาคลอด และกลุ่มตัวอย่างที่ 2 ได้แก่ แบบบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ 2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 3) นอนโรงพยาบาลมากกว่า 2 วัน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบที่แพทย์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคำตากล้าไม่ถึง 48 ชั่วโมง ส่วนการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานการพยาบาล ที่กำหนดไว้ในการตรวจสอบแต่ละครั้งควรใช้บันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 40 ฉบับ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบบเจาะจงจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลคำตากล้า ประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์จากคู่มือการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกเวชระเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (2563) มีทั้งหมด 9 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-3 โดย 3 จะเป็นตัวเลขที่

แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด เป็นข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) คะแนนรวม 9 – 27 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁸ ดังนี้ คะแนน 9.0 – 15.0 คือ อยู่ในเกณฑ์ควรปรับปรุง คะแนน 16 – 21.0 คือ อยู่ในเกณฑ์พอใช้ และคะแนน 22.0 – 27.0 คือ อยู่ในเกณฑ์ดี และในส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจในบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ มีข้อคำถาม 10 ข้อ ระดับการให้คะแนนกำหนดไว้ตั้งแต่ 1-5 โดย 5 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางบวกที่สุด และ 1 จะเป็นตัวเลขที่แทนความหมายของความคิดเห็นในทางลบที่สุด เป็นข้อมูลแบบอันตรภาคชั้น (Interval Scale) แบ่งเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับดังนี้ (ริเวอร์ธ สตรีตันและคณะ, 2549) 1.00 – 1.80 คือ ไม่พึงพอใจ 1.81 – 2.60 คือ พึงพอใจน้อย 2.61 – 3.40 คือ พึงพอใจปานกลาง 3.41 – 4.20 คือ พึงพอใจมาก และ 4.21 – 5.00 คือ พึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และแบบประเมินความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบด้านเนื้อหาและภาษาแล้ว ผู้วิจัยนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง ในส่วนของแบบประเมินความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ นำไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลคำตากล้า ในจังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด และนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือได้ (Reliability)

ของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient ได้เท่ากับ 0.97

ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาดำเนินตามขั้นตอนการพัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA ดังนี้

ขั้นเตรียมการ (P:plan)

1. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ ผู้ศึกษาจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์จำนวน 40 ฉบับ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ และนำข้อมูลที่ได้จากการตรวจประเมินมาวิเคราะห์จำแนกตามระยะของการดูแล และจำแนกตามกระบวนการพยาบาล

2. สร้างทีมงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ โดยผู้ศึกษาได้เรียนเชิญหัวหน้าตึกและพยาบาลที่ทำหน้าที่ประสานงานคุณภาพการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมาเป็นทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

3. ทำความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ผู้ศึกษานำเสนอผลการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ 40 ฉบับให้ทีมพัฒนาคุณภาพทราบ จากนั้นผู้ศึกษาและทีมพัฒนาคุณภาพได้ร่วมกันทบทวนกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ที่ได้ปฏิบัติในปัจจุบันและสาเหตุของปัญหาการบันทึกที่ไม่มีคุณภาพ

4. ทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความแปรปรวนในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ (U: understand causes of process variation) ผู้ศึกษา ทีมพัฒนาคุณภาพ และพยาบาลวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการบันทึกที่ไม่มีคุณภาพ และสรุปปัญหา

5. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง ผู้ศึกษา ทีมพัฒนาคุณภาพ และพยาบาลวิชาชีพร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการบันทึกไม่ครบถ้วน และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหการบันทึก

ทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน แล้วจึงจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาดังนี้

5.1 กำหนดแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ให้ชัดเจนขึ้น

5.2 จัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในทุกคน

5.3 กำหนดให้หัวหน้าเวรมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการแพทย์และสะท้อนกลับให้มีการแก้ไขให้ถูกต้องก่อนลงเวร

6. วางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหา ผู้ศึกษา และทีมจัดทำแนวทางในการเขียนบันทึกทางการแพทย์และเตรียมการจัดอบรมให้ความรู้ในการบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการ (D: Do) ปฏิบัติตามแผนที่จัดเตรียมไว้ (D:do) ผู้ศึกษาและทีมดำเนินการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนและการตรวจบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการตรวจสอบการปฏิบัติ (C: check) ภายหลังให้ความรู้เกี่ยวกับการเขียนบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพครบ 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาและทีมดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการแพทย์ผู้ป่วยที่จำหน่ายจำนวน 40 ฉบับ

ขั้นตอนการยืนยันการดำเนินการและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A: act) ผู้ศึกษาและทีมมีการให้ข้อมูลย้อนหลังกับแก่พยาบาลวิชาชีพ และการสัมภาษณ์ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติ Dependent t - test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โครงการ
เลขที่ 013/2564

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาล
วิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
คำตากลำ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.0
อายุไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ 60.0 สถานภาพ โสด
ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อย
ละ 100.0 ประสบการณ์ทำงาน 6-10 ปี ร้อยละ
40.0

2. ปัญหาที่พบจากการบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกหอ
ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลคำตากลำมีดังนี้

1) แบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาลมี
รูปแบบหลากหลาย ยังไม่มีแบบบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบโดยเฉพาะ
ทำให้การบันทึกไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ใช้เวลาใน
การเขียนบันทึกนานขึ้น และบางหัวข้อมีการบันทึก
ซ้ำซ้อนเช่น การบันทึกอาการสำคัญ บางหัวข้อยัง
ไม่ครอบคลุม เช่น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของ
ผู้ป่วย เป็นต้น

2) พยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะและ
ประสบการณ์ในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล
โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบที่มีปัญหา
ซับซ้อน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจบใหม่ทำ
ให้ การบันทึกไม่ครอบคลุม บันทึกไม่ต่อเนื่อง
เขียนศัพท์ทางการแพทย์ (medical terminology)
ไม่ถูกต้อง และลายมือที่อ่านไม่ออกทำให้ตรวจสอบ
ไม่ได้

3) ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
กลุ่มอาการปอดอักเสบ ทำส่งผลกระทบต่อการศึกษาประวัติ
ประเมินอาการ การให้การพยาบาล รวมถึงการ
รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่
เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบรุนแรงจะมี
การเปลี่ยนแปลงอาการตลอดเวลา

3. การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ

หลังจากวิเคราะห์ปัญหาการบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ ผู้วิจัยและ
ทีมได้มีการประยุกต์ใช้แบบฟอร์มทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบให้เป็นรูปแบบ
เดียวกัน พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการบันทึกทางการ
พยาบาลและตัวอย่างการเขียนบันทึกทางการ
พยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบอย่าง
ละเอียดเพื่อช่วยให้การบันทึกง่ายขึ้น และนำมา
แจกเอกสารในวันจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ
การบันทึกทางการพยาบาลแก่พยาบาลวิชาชีพ
แผนกผู้ป่วยในทุกคน

บันทึกทางการพยาบาลที่ได้พัฒนาได้แก่
แบบบันทึกแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลชี้
เฉพาะ แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล
และแบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่าย
โดยตัดส่วนที่มีการบันทึกที่ซ้ำซ้อนของแต่
แบบฟอร์มออก และเพิ่มเติมรายละเอียดแต่ละ
แบบฟอร์มดังนี้

1) แบบบันทึกแรกรับให้บันทึกอาการสำคัญ
1-2 อาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการ ในการบันทึก
ข้อมูลจะประกอบไปด้วย วัน เดือน ปี เวลา ที่
ผู้ป่วยมารับบริการ เป็นการรับใหม่จากที่ไหน มี
การบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ
และความดันโลหิต มีการบันทึกข้อมูลจากการ
ประเมิน (assessment) ระดับความรู้สึกตัว การ
ช่วยเหลือตัวเอง หรือปัญหาที่พบ การบันทึก SOS
score การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลแรกรับ
และประเมินผล

2) แบบบันทึกชี้เฉพาะ (focus charting
record) รูปแบบของตารางประกอบด้วย ลำดับ
ของปัญหา ประเด็นปัญหาที่พบ (focus)
เป้าหมาย/ผลลัพธ์ (Goal: outcome) วันที่พบ
ปัญหา/ลงลายมือชื่อผู้ประเมิน (Active
date/Signature) วันที่ได้รับการแก้ไขปัญหาและ
ลงลายมือชื่อผู้ปฏิบัติแก้ไขปัญหา (Resolve
date/Signature)

3) แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล (nursing progress note) ประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รูปแบบตารางประกอบด้วย วัน เดือน ปี เวลา ปัญหา ในส่วนของ Assessment (A) ให้ลงข้อมูลสนับสนุน subjective และ objective data และส่วน Intervention (I) เป็นการลงบันทึก กิจกรรมการพยาบาลที่แก้ไข้ปัญหา สำหรับ Evaluation (E) บันทึกผลการประเมิน พร้อมกับ ลงเวลาในการประเมินผลการให้การพยาบาลเพื่อ แก้ไขปัญหา

4) แบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการ จำหน่ายตามรูปแบบ D METHOD บันทึกการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับ โรค การรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากรักษาและการรักษา การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเมื่อ กลับไปอยู่บ้าน การดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน/ การดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติหรือผู้ดูแล การนัดหมาย พบแพทย์ และการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ อาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ทั้งนี้ให้มีการบันทึกข้อมูล วันที่ให้บริการแต่ละหัวข้อ ลงชื่อผู้ให้ข้อมูลที่ สามารถอ่านออกชัดเจน พร้อมทั้งผู้รับข้อมูล วิธีการให้ข้อมูล และการประเมินผลการให้ข้อมูล

4. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อน และหลังการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อน การพัฒนาพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการ บันทึกทางการพยาบาลสูงที่สุดคือข้อที่ 9 การ บันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ ($\bar{X}=2.90$, S.D.=0.30) รองลงมาคือ ข้อที่ 1 การ ประเมินแรกรับมีการบันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน ($\bar{X}=2.73$, S.D.=0.51) และข้อที่ 3 บันทึกกิจกรรม การพยาบาลเหมาะสมครบถ้วน ($\bar{X}=2.25$, S.D.=0.44) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 7 การประสานการดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}=1.65$, S.D.=0.58)

หลังพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบพบว่า ข้อที่มีคะแนน เฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อที่ 9 การบันทึกวันเดือนปี เวลา และการลงลายมือชื่อ ($\bar{X}=2.95$, S.D.=0.22) รองลงมาคือ ข้อที่ 1 การประเมินแรกรับมีการ บันทึกข้อมูลสำคัญครบถ้วน ($\bar{X}=2.85$, S.D.=0.36) และข้อที่ 2 การระบุปัญหาทางการพยาบาล มีการ ระบุปัญหาที่สำคัญสอดคล้องกับอาการ อาการ แสดง ด้านร่างกาย และ/หรือด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่าย ($\bar{X}=2.78$, S.D.=0.42) ตามลำดับ ส่วนข้อ ที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 7 การประสาน การดูแลต่อเนื่อง ($\bar{X}=2.45$, S.D.=0.60) เมื่อนำ คะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพการบันทึกก่อนและหลัง พัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม อาการปอดอักเสบมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}=19.83$, S.D.=1.84; $\bar{X}=23.95$, S.D.=2.14; $t=-9.258$; $p<0.05$)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนรวมเฉลี่ยคุณภาพการ บันทึกก่อนและหลังพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ

รายการ	คุณภาพ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการพัฒนา	19.83	1.84	-9.258	0.00*
หลังการพัฒนา	23.95	2.14		

*p-value<0.05

ความพึงพอใจโดยภาพรวมต่อแบบบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบ อยู่ ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X}=4.60$, S.D.=0.51) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับพึงพอใจมากที่สุด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงที่สุดคือ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม อาการปอดอักเสบมีความจำเพาะสามารถสื่อสาร กับทีมผู้ให้การรักษาได้ชัดเจนและง่ายขึ้น ($\bar{X}=4.80$, S.D.=0.41) รองลงมาคือ แบบบันทึก ทางพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบเป็น

การบันทึกที่มีลักษณะมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ($\bar{X}=4.73$, $S.D.=0.46$) และแบบบันทึกทางการพยาบาลทำให้เห็นกิจกรรมการพยาบาลได้ชัดเจนขึ้น ($\bar{X}=4.67$, $S.D.=0.49$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อการลดระยะเวลาในการเขียนแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบได้ ($\bar{X}=4.47$, $S.D.=0.74$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำตากล้า อำเภอคำตากล้า จังหวัดสกลนครและเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบก่อนและหลังการพัฒนา ผลการศึกษาได้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบประกอบด้วย แบบบันทึกแรกรับ แบบบันทึกการพยาบาลชี้เฉพาะ แบบบันทึกความก้าวหน้าทางการพยาบาล และแบบบันทึกการให้ข้อมูลตามแผนการจำหน่าย พร้อมกับคู่มือและตัวอย่างการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบในแต่ละแบบฟอร์ม และผลการเปรียบเทียบคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าคะแนนรวมเฉลี่ยของคุณภาพการบันทึกหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการบันทึกทางการพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังจากได้พัฒนาแบบบันทึกชี้เฉพาะมาใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทำให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนา³ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ได้พัฒนาแบบบันทึกชี้

เฉพาะมาใช้ในกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อและพบว่าคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอยู่ในระดับดีและผู้ปฏิบัติพึงพอใจต่อการบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (ฐิติขวัญ นวมชิต, 2557) และการศึกษาที่ได้พัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแบบปัญหาชี้เฉพาะและพบว่าความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนทางการพยาบาลหลังใช้รูปแบบบันทึกภาพรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล (ทัศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ, 2560)

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหลักฐานสำคัญในการประเมินคุณภาพของการรักษาผู้ป่วยและเป็นข้อมูลที่สำคัญทางการพยาบาลต่อประสิทธิภาพของการดูแลรักษา มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล โดยอาศัยความรู้และความสามารถเชิงวิชาชีพ ตลอดจนใช้สำหรับการสื่อสารส่งต่อข้อมูลที่สำคัญกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น, 2557) เป็นการยืนยันการดูแลตามข้อกำหนดสะท้อนการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล (Kent P, Morrow K., 2014) การบันทึกการพยาบาลที่ถูกต้องทำให้พยาบาลสามารถตรวจสอบกระบวนการพยาบาลได้อย่างเป็นระบบและประเมินคุณภาพการดูแล การประเมินรายงานของพยาบาลในบันทึกผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงความถูกต้องของบันทึกทางการพยาบาล (Paans W and other, 2010) คุณภาพของบันทึกทางการพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นเครื่องมือเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) เอกสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล ประหยัดเวลา และลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาด (Potter P.A.

and Perry A.G., 2013) การบันทึกการพยาบาลที่ไม่ได้คุณภาพที่ผิดจากมาตรฐานการดูแลอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Arrowood D and other, 2013)

จะเห็นได้ว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบของโรงพยาบาลคำตากล้าที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยเนื่องจากการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพไปในทางที่ดีขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือข้อดีหลายประการเช่น แบบบันทึกช่วยให้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในระยะแรกจับได้ครบถ้วน ช่วยให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ช่วยให้บันทึกวินิจฉัยทางการพยาบาลแรกจับผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็วและช่วยให้เป็นประโยชน์ต่อการสื่อสารกับทีมสุขภาพอื่นๆ

กล่าวโดยสรุป การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลตามกระบวนการพัฒนา PDCA ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารสามารถนำแนวทางการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปอดอักเสบไปขยายผลในการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป อีกทั้งควรมีการนิเทศ ให้คำปรึกษา และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีทักษะและความชำนาญในการบันทึกการพยาบาลอย่างมีคุณภาพมากขึ้น และสามารถเป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลน้องใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Bowmann G., Thompson D. and Sutton T. (1983). Nurses attitudes towards the nursing process. *Journal of Advanced Nursing*, 8(2), 125-129.
- Varcoe C. (1996). Disparagement of the nursing process: the new dogma? *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 120-125.
- สุปรานี ศรีพลวงษ์ และจกมล ธัมปสาโท. (2557). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้รูปแบบ focus charting หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 39(1), 19-26.
- รุติขวัญ นวมขัติ. (2557). การพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบปัญหาชี้เฉพาะ (Focus charting record) ของกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง, จิตาภา ไม้งาม และณญา ภักฐิติพันธ์. (2560). การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช แบบปัญหาชี้เฉพาะ (focus charting). *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 42(1), 50-56.
- พรศิริ พันธสี. (2558). กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 16). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภาการพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2563). คู่มือแนวทางการบันทึกและตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical Audit Record Guideline). สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ศรีเมืองการพิมพ์.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์และคณะ. (2549). การตลาดบริการ. กรุงเทพฯ : บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด.
- กาญจนา ฐานะและอารีวรรณ กลั่นกลิ่น. (2557). บันทึกทางการพยาบาล: หลักฐานสำคัญสำหรับวิชาชีพ. *พยาบาลสาร*, 42(1), 164-170.
- Kent P, Morrow K. (2014). Better documentation improves patient care. *Nursing Standard*, 29(14), 44-51.



Paans W., Sermeus W., Nieweg R.M.B. & Van der Schans C.P. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2481-2489.

วิจิตร ฤกษ์มณี. (2556). กระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

Potter P.A. and Perry A.G. (2013). *Fundamentals of Nursing* 8th Edition. Publisher: Mosby.

Arrowood D., Choate E., Curtis E., DeCathelineau S., Drury B., Fenton S., Harper M. (2013). Integrity of the healthcare record. Best practices for HER documentation. *Journal of American health Information Management Association*, 84(8). 58-62.

การเปรียบเทียบการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบจากการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง
ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด หอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสันกำแพง

Comparison of oral mucositis incidence of oral care promotion program among cancer
patients receiving chemotherapy. chemotherapy ward SanKamphaeng Hospital.

(Received: November 21, 2021; Accepted: December 7, 2021)

สุชีลา เตชะตา¹

Sucheela Tachata¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ระดับความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสันกำแพง โดยการเลือกแบบเจาะจงจำนวน 79 คน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองและคู่มือดูแลช่องปาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ แบบวัดการปฏิบัติตัวการดูแลช่องปากและแบบบันทึกการตรวจช่องปาก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าเท่ากับ 0.82 และ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีอัลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.73 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมานได้แก่ Paired sample t-test

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการเกิดแผลในปากลดลง ร้อยละ 53.2 และร้อยละ 6.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.59, P < 0.00$) มีระดับความรู้ก่อน ($\bar{x} = 11.05, S.D. = 2.36$) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x} = 19.37, S.D. = 1.95$) มีการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.04, P < 0.00$) การปฏิบัติตัวก่อน ($\bar{x} = 34.53, S.D. = 2.73$) และหลังเข้าโปรแกรม ($\bar{x} = 41.32, S.D. = 9.10$) พยาบาลควรนำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาประยุกต์ใช้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด โดยเน้นการฝึกทักษะและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง

คำสำคัญ: การเกิดเยื่อช่องปากอักเสบ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปาก ผู้ป่วยมะเร็ง ยาเคมีบำบัด
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

ABSTRACT

This study was a quasi-experimental, one-group, pre- and post-test. To compare the incidence of stomatitis in cancer patients receiving chemotherapy, knowledge level and behavior of patients enrolled in the oral care promotion program. The sample group was Gastrointestinal cancer patients receiving chemotherapy in chemotherapy wards. San Kamphaeng Hospital By selectively selecting 79 people, the group of patients who received the oral care promotion program consisted of the oral care self-promotion program and the

¹ พย.บ. โรงพยาบาลสันกำแพง

oral care manual. The research instrument was a personal data record form. knowledge scale oral care practice test and oral examination record form which was examined for content validity by experts was equal to 0.82 and confidence test by Cronbach's Alpha method was equal to 0.73. Data were analyzed using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation and Inference statistics include Paired sample t-test.

Results of the study, the incidence of mouth ulcers was decreased by 53.2% and 6.3%, respectively. The sample group had a statistically significant increase in knowledge ($t=-7.59$, $P<0.00$). ($\bar{x}=11.05$, $SD=2.36$) and after joining the program ($\bar{x}=19.37$, $SD=1.95$), there was a statistically significant increase in performance ($t=-13.04$, $P<0.00$) before ($\bar{x}=34.53$, $SD=2.73$) and after the program ($\bar{x}=41.32$, $SD=9.10$), nurses should lead a self-promoting oral care program in cancer patients receiving chemotherapy. Applied to behavior modification to prevent complications from receiving chemotherapy. Emphasis is placed on skills training and continuous self-care. to reduce the incidence of complications

Keywords: oral mucositis, oral care promotion program, cancer patients, chemotherapy

บทนำ

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก ประมาณการว่าปี 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งถึง 13.1 ล้านราย (Torre et al., 2015) มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก มีอัตราการตายร้อยละ 9 (BC cancer agency, 2011) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยอัตราป่วย 10.9 คนต่อแสนประชากร ผู้หญิงอัตราป่วย 7.3 คนต่อแสนประชากร ทั่วโลก พบผู้ป่วยใหม่โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี และเสียชีวิตสาเหตุประมาณ 0.5 ล้านคนต่อปี มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติทะเบียนมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รายใหม่เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับและอันดับที่ 3 ในเพศหญิง รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยการ ผ่าตัด การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมร่วมกับการรักษาอื่น

(American Cancer Society, 2012) ยาเคมีบำบัดกลุ่มแอนติเมตาบอไลต์ (antimetabolite) คือ ฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) จะออกฤทธิ์เฉพาะบางระยะของการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเซลล์ปกติของร่างกาย มักจะถูกทำลายไปด้วย โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว เช่น บริเวณเยื่อบุทางเดินอาหาร รากผม เซลล์สืบพันธุ์และเซลล์กระดูก (อุบล จวงพานิช, 2554) ยาฟลูออโรยูราซิล (5-fluorouracil) ยาจะไปรบกวนการสร้างเอนไซม์และดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้การสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ในขณะที่เซลล์เก่าหลุดลอกออกไป ทำให้เซลล์เยื่อเกิดการฝ่อลีบและบางตัวลง มีการอักเสบและเกิดแผลขึ้นซึ่งมีกระบวนการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 5 ระยะการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบจะเกิดขึ้นในวันที่ 7-14 ภายหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด และหายไปในช่วงวันที่ 14-21 หลังการได้รับยาเคมีบำบัด

โปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง (The Oral Self-care Program) พัฒนามาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้โดยใช้สื่อแนะนำเรื่องการดูแลตนเองและช่องปากในผู้ป่วย

ที่ได้รับยาเคมีบำบัดร่วมกับการชี้แนะวิธีการในการดูแลตนเองและช่องปาก การฝึกทักษะปฏิบัติ โดยเฉพาะการตรวจช่องปากด้วยตนเอง ส่วนการส่งเสริมสนับสนุนจัดทำคู่มือที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับข้อมูลที่น่าเสนอให้กับผู้ป่วยใช้ทบทวนความรู้และสร้างแรงจูงใจโดยให้ผู้ป่วยจดบันทึกการเปลี่ยนแปลงภายในช่องปากหลังได้รับยาเคมีบำบัด การจัดการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยโดย ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการดูแลช่องปากด้วยตนเอง และกระตุ้นส่งเสริมให้ทำตลอดระยะเวลาที่รับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลระยะเวลา 3 – 5 วัน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดภายใต้การดูแลของตนเองที่เกิดขึ้นแต่ละช่วงเวลา จะทำให้ปรับพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมตามทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม ที่กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลง (Bloom 1959)

ผลการติดตามประสิทธิภาพการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสันกำแพง ปี 2562 มีผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนรับยาเคมีบำบัดร้อยละ 10.55 (พินิจทางคลินิก, 2562) แนวปฏิบัติห่อผู้ป่วยเคมีบำบัด ผู้ป่วยโรคมะเร็งทางเดินอาหารที่มารับยาเคมีบำบัด วันแรกก่อนให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยจะได้รับเกี่ยวกับชนิดของยา และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น วันที่ 2-4 ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวขณะรับยาเคมีบำบัด ติดตามอาการข้างเคียงและบริการน้ำเกลือ(0.9% NSS)ให้ผู้ป่วยบ้วนปาก ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน พร้อมกับการคู่มือการดูแลตนเอง ปี 2562พบผู้ป่วยเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบและบางรายต้องเลื่อนการรักษาในรอบถัดไป ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ไฟว์เอฟยู (5-FU, 5-Fluorouracil) ทางหลอดเลือดดำ 3- 5 วัน ติดต่อกันต่อ 1 ชุดการรักษา ทุก 14-21 วัน จำนวน 4-6 รอบ ระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งยาเคมีบำบัดไฟว์เอฟยู ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อเยื่อต่างๆ ในระบบทางเดินอาหาร ผู้วิจัยได้ทำศึกษานำร่อง

โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ที่ต้องเลื่อนรับยาเคมีบำบัดพบผู้ป่วย 8 รายที่เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ สาเหตุเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและการจัดการกับอาการข้างเคียงที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ แสดงถึงการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านยังไม่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลการนำโปรแกรมการดูแลช่องปากด้วยตนเองมาใช้ในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และประเมินผลระดับความรู้ การปฏิบัติตัว และเปรียบเทียบการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวัดระดับความรู้ของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง
2. เพื่อวัดระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่ได้รับยาเคมีบำบัดในหอผู้ป่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเวลาที่ทำการศึกษานี้จำนวน 93 ราย กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 79 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของเพชฌนนัย สิ่งหัชชา ที่กำหนดไว้หากประชากรน้อยกว่า 100 ราย ให้ใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

จริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
เลขที่ 04/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ 1)โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem. January 2001) ที่เน้นการให้ข้อมูล การฝึกทักษะ ปฏิบัติการส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับอาการข้างเคียงได้(Dodd and Miaskowski. July 2000:39-47) 2) คู่มือดูแลช่องปากสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยคำถามปลายปิดและปลาย จำนวน 10 ข้อ คือ อายุ เพศ โรคร่วม ประวัติการรักษาที่เคยได้รับ วิธีการบริหารยา ปริมาณน้ำดื่ม การระคายเคืองช่องปาก สภาพของช่องปากและการดูแลช่องปาก ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้การดูแลช่องปากลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ ให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ 0 คะแนน การแบ่งระดับความรู้ใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42)เป็น 3 ระดับคือน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ ร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับสูง ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตัวการดูแลช่องปากจำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต 4 ระดับ เกณฑ์การแปลผล การแบ่งระดับใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42) แบ่ง 3 ระดับคือน้อยกว่า 0-29ระดับต่ำ 30-40 ระดับปานกลางและ 45-51ระดับสูง ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการตรวจช่องปากด้วยตนเอง โดยบันทึกระดับความรุนแรงและตำแหน่งที่พบ อาการเยื่อช่องปากอักเสบ

การตรวจสอบเครื่องมือ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยการหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยการนำแบบสอบถาม

ที่สร้างขึ้นทำการตรวจสอบความถูกต้องและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าเท่ากับ 0.82 และนำไปทดลองใช้จากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนอื่น และ แบบวัดนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ0.73

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statics) ได้แก่ 1)ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2)เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระดับความรู้และระดับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เพศชาย ร้อยละ 53.20 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 57.00 (เฉลี่ย 58.96 S.D. 10.83) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 78.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.70 ตำแหน่งของโรคมะเร็ง Rectum ร้อยละ 55.69 Colon ร้อยละ 26.58 Rectosigmoid ร้อยละ 12.66 CCA ร้อยละ 2.53 และ Stomach ร้อยละ 2.53 ระยะของโรค ระยะ 3 ร้อยละ 54.40 ระยะ 4 ร้อยละ 45.60 การรักษาที่ได้รับ เคมีบำบัด ร้อยละ 78.48 ฉายแสงและเคมีบำบัด ร้อยละ 21.52 วิธีการให้ยาเคมีบำบัด ให้ทางหลอดเลือดดำแบบต่อเนื่อง ร้อยละ 91.41 ให้ทางหลอดเลือดดำแบบฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 6.33 ภาวะโภชนาการ ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 54.40 มีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 45.60 ระดับ SGA > 10 ร้อยละ 27.90 ระดับ SGA < 10 ร้อยละ 20.30 ดื่มน้ำต่อวัน น้อยกว่า 4 แก้ว ร้อยละ 59.50 4 - 6 แก้ว ร้อยละ 32.90 และ มากกว่า 8 แก้ว ร้อยละ 7.60 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.80 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 89.87

2. ระดับความรู้ในการดูแลช่องปาก พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 51.90) หลังเข้าร่วม

โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 93.70) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามระดับความรู้การดูแลช่องปาก

ระดับความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	41	51.9	0	0
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	38	48.1	5	6.3
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	0	0	74	93.7
$\bar{x}=11.05$, S.D.=2.36, Min=4, Max=12 $\bar{x}=19.37$, S.D.=1.95, Min=14, Max=20				

3. ระดับการปฏิบัติตัวการดูแลช่องปาก พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในการดูแลช่องปาก อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.7) หลังเข้าโปรแกรม กลุ่ม

ตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 20.3) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 79.70) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามระดับการปฏิบัติตัวการดูแลช่องปาก

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-29 คะแนน)	5	6.3	0	0
ปานกลาง(30-40 คะแนน)	74	93.7	63	79.7
สูง (41- 51 คะแนน)	0	0	16	20.3
$\bar{x} = 4.53$, S.D.=2.73, Min=29, Max = 40.0 $\bar{x}=41.32$, S.D.=9.10, Min=33, Max=72.				

4. การเกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ พบว่าก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีอาการบวมและแผลในปาก ร้อยละ 53.20 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีอาการบวมและแผลในปาก ร้อยละ 6.3 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเกิดอาการบวมและแผลในปาก

	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการบวม	42	53.2	5	6.3
แผลในปาก	42	53.2	5	6.3

5. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ การปฏิบัติตัวการดูแลช่องปาก



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ความรู้	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	p
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.		
ความรู้	11.05	2.36	19.37	1.96	-7.59	.00
การปฏิบัติตัว	34.53	2.74	39.28	2.71	-13.04	.00

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 11.05 และ 19.37 ตามลำดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การดูแลช่องปากด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้าโปรแกรม 34.53 และ 39.28 ตามลำดับ ด้านการปฏิบัติตัวหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเกิดช่องปากอักเสบ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม มีการเกิดแผลในปาก 53.2 และ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ อาการบวมในปากก่อนและเข้าโปรแกรม ร้อยละ 53.2 และ ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายละเอียดการปฏิบัติตัวการดูแลช่องปากด้วยตนเองรายชื่อที่ต่ำพบว่า ผู้ป่วยมีการใช้โซเดียมไบคาร์บอเนต ไหมขัดฟันกำจัดคราบบริเวณซอกฟันในระดับต่ำ และยังพบว่ามีการใช้ยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์อยู่บางส่วน อธิบายได้ว่าในหอผู้ป่วยเคมีบำบัดมีการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยการบริการน้ำเกลือบ้วนปากตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และเป็นผู้สูงอายุ ที่วิถีชีวิตไม่มีประสบการณ์ในการใช้โซเดียมไบคาร์บอเนต ไหมขัดฟัน

อภิปรายผล

หลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเอง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีระดับความรู้และการปฏิบัติดูแลช่องปากด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองประกอบด้วยการสอนรายบุคคลใช้เวลา 15 นาที/

ราย โดยการใช้อิโคโน แผนพับ อธิบายสาธิตการใช้ น้ำเกลือและการใช้โซเดียมไบคาร์บอเนต บ้วนปาก แก่ผู้ป่วยและสาธิตย้อนกลับ การส่งเสริมสนับสนุน โดยการให้คำแนะนำเชิงจิตวิทยาการปฏิบัติ โดยการเตรียมน้ำเกลือบ้วนปาก ในหอผู้ป่วยเคมีบำบัดมีการส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยการบริการน้ำเกลือบ้วนปากตลอด 24 ชั่วโมง และมีการกระตุ้นให้มีการดูแลช่องปากด้วยตนเองตอนเช้าและก่อนนอน

ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวไว้ว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ทศนคติ ค่านิยม(Affective Domain) หมายถึง เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความชำนาญ(Psychomotor Domain) หมายถึงการที่บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ทั้งความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความชำนาญมากขึ้น (Bloom,1968) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เนตรสุวิณี เจริญจิตสวัสดิ์ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 น้อยกว่ากลุ่มที่

ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองมีอาการเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 3 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และวันทกานต์ ราชวงศ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วย ตนเองต่อภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการรักษาด้วยการฉาย รังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมี ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (EMBED Equation.3 = 13.26, S.D. = 2.09 และEMBED Equation.3 = 15.88, S.D.= 2.67, $p = 0.000$; $F = 13.55$, $p = 0.001$) อังคณา บุญลพ(2558)ได้ทำการวิจัยเรื่องผลลัพธ์การจัดการรายกรณีต่อความรู้ในการดูแลตนเองและระยะเวลานอนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการให้การจัดการรายกรณีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) และ วรณยุพา สุวรรณทัต ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตสตรีวัยหมดระดู ต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนของสตรีวัยหมดระดู ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนในส่วนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนก่อนและหลังการใช้โปรแกรม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ครั้งหลังของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) วศินิสมศิริ,จินตนาชูเช่ง(2554)ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้การ

รับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังการได้รับความรู้ อย่างมีแบบแผนสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัดหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูงแต่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอยู่ในส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูงจึงส่งผลให้เกิดอาการเยื่อช่องปากอักเสบลดลง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยมีการใช้โซเดียมไบคาร์บอเนตและไหมขัดฟันกำจัดการาบบริเวณซอกฟันในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนมีการใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์อยู่ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยเพื่อใช้เป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนางานดังนี้ 1) ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสนใจในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น 2) พยาบาลควรให้ข้อมูลเหตุผลที่ไม่ควรใช้การใช้น้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ รวมถึงชี้แจงประโยชน์ของการใช้โซเดียมไบคาร์บอเนตและไหมขัดฟัน และติดตามประเมินผลระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหา 3) ควรศึกษาวิจัยเชิงเรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการยาเคมีบำบัด



เอกสารอ้างอิง

- American Cancer Society.(2012). ALCC Cancer Staging manual. Philadelpeia: J.B.Lippincott. Care. Retrieved Novemer 11, 2017 from: <https://www.cancercareontario.ca/en/symptom-management/3156>
- Dodd, M. J., Larson, P. J., Dibble, S. L., Miaskowski, C., Greenspan, D., MacPhail, L., ... & Shiba, G. (1996). Randomized clinical trial of chlorhexidine versus placebo for prevention of oral mucositis in patients receiving chemotherapy. In Oncology nursing forum, 23(6), 921-927. Cancer Care Ontario. (2012). Symptom Management Guide-to-Practice: Oral
- กึ่งกาญจน์ ดังคโนภาส. 2558. ผลลัพธ์ของการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบโดย ใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิง ประจักษ์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.
- วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต.
- เนตรสุวิณ เจริญจิตสวัสดิ์.(2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่ออาการเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย., (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก https://www.researchgate.net/publication/27802742_phlkhxngporkaermsngserimkardula echxngpakdwytngxengttxakaryeuxbuchxngpakxaksebniphupwymarengthidirabkhemibababbaebphupwynxk [4 พฤศจิกายน 2560]
- วิมลวรรณ เลิศวงศ์เผ่าพันธุ์. 2546. ผลของโปรแกรม การดูแลช่องปากต่ออาการเยื่อช่องปาก อักเสบในผู้ป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิด เฉียบพลันที่ได้รับเคมีบ ำบัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.(ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก file:///C:/Users/TOPCOM/Downloads/57266-Article%20Text-133438-2-10-20160521.pdf [4 พฤศจิกายน 2560]
- วิทยาลัยกรุงเทพสุวรรณภูมิ(2553). ทฤษฎีแนวคิดบลูม (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก [http ://pornpen - pen.blogspot.com/11 blog – post.html](http://pornpen-pen.blogspot.com/11_blog-post.html) [27 พฤศจิกายน 2560]
- นันทกานต์ ราชนวงศ์ ผลของโปรแกรมการจัดการการดูแลช่องปากด้วยตนเองต่อภาวะ เยื่อช่องปากอักเสบใน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการรักษา ด้วยการฉายรังสีหรือฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2556
- หนูไกร เพื่อนพิมาย.2559.การดูแลสุขภาพช่องปากและการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบภายหลังได้รับโปรแกรม การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ.พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยรังสิต (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://www.apheit.siam.edu/journal/science-22-1/10nookai.pdf> [4 พฤศจิกายน 2560]
- อุบล จัวงพานิช. 2554. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับยาเคมีบำบัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังนาวิทยา. 177 หน้า
- อังคณา บุญลพ 2558.ผลลัพธ์การจัดการรายกรณีต่อความรู้ในการดูแลตนเองและระยะวันนอนของผู้ป่วยโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด : กรณีศึกษา
Nursing care of ureteral stone patients with complications from surgical treatment : case study
(Received: November 20, 2021; Accepted: December 1, 2021)

มนิต สงกันหา¹
Manit Songkanha

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในไตที่มีภาวะช็อกร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล โดยการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์และการสังเกต นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบและวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 52 ปี อาการสำคัญปวดท้องน้อยมีปัสสาวะแสบขัดเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน ประวัติโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้น Left renal calculi ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Left PCNL ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด คือ Anemia from acute blood loss, AKI, Septic shock, Acute pyelonephritis ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดและรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆอาการผู้ป่วยทุเลาจำหน่ายกลับบ้านได้รวมรับการรักษา 7 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 61 ปี อาการสำคัญนิ่วมาผ่าตัดนิ่วในไตเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน ประวัติหอบหืด แพทย์วินิจฉัย Left renal calculi ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Left ANL หลังรับการรักษาผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้าน รวมรับการรักษา 6 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไต, ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

Abstract

This study was case study aimed to guideline for the nursing care of ureteral stone patients with complications from surgical treatment. This study was to compare the nursing care of patients undergoing kidney stone surgery with shock and complications from surgical interventions to urinary tract surgery wards. Kalasin Hospital. Between November and December 2020, 2 cases were used. The instruments used in the study consisted of record form by collecting data from the patient's medical records interview and observation. Data were analyzed, compared, and made a nursing plan by using the nursing process.

Case Study 1, a Thai woman, 52 years old, the main symptoms of abdominal pain, pain in the urination, 1 month before coming to the hospital, history of concomitant diseases, diabetes, high blood pressure, nephrotic syndrome, preliminary diagnosis Left renal calculi, treated with surgery Left PCNL. Patients who had complications from surgery, namely Anemia from acute blood loss, AKI, Septic shock, Acute pyelonephritis, were treated with blood transfusions and treated for various complications. Patients were discharged at home for a total of 7 days.

Case Study 2, a Thai man, aged 61 years. Significant symptoms scheduled for kidney stone surgery were 1 month before hospitalization. History of asthma. Doctor diagnosed Left renal calculi treated with Left ANL surgery. After the treatment, the patient had no complications. Sell to take home Total treatment 6 days.

Keywords : nursing of ureteral stone patients, surgical complications

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์



บทนำ

โรคนิ่วในไตเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในคนไทยจากสถิติกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการเกิดโรคนิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 99.25 ต่อประชากร 100 การมีนิ่วในไตทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง และอาจร้ายแรงจนถึงเกิด ภาวะไตวายเรื้อรังและโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทำให้เสียชีวิตได้ (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ ;2560) นิ่วในท่อไตเป็นนิ่วทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อย เกิดจากเป็นนิ่วในไตแล้วไหลหลุดลงมาในท่อไตและเป็นสาเหตุหนึ่งของการที่ผู้ป่วยต้องมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล เพราะมักทำให้เกิดอาการปวดรุนแรงกะทันหันซึ่งกลไกการเกิดนิ่วในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด โรคนิ่วพบได้บ่อยในคนทุกเพศทุกวัย แต่จะพบมากในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง พบมากในช่วงอายุ 30 -40 ปี ผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไต ถ้านิ่วมีขนาดใหญ่ ไม่สามารถหลุดออกมาได้เอง อาจมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ และเป็นอันตรายต่อไตได้ การรักษามีหลายวิธี เช่น การสลายนิ่ว (โดยการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง) หรือการผ่าตัดเอา นิ่ว ใน ท่อ ไต ออก (Ureterolithotomy) และที่นิยมในปัจจุบันคือการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (Uretero-renalolitholapaxy) การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยวิธีส่องกล้อง (URSL) เป็นการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้องส่องผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไตเพื่อดูความผิดปกติและสามารถเอานิ่วออกมาได้โดยไม่ต้องผ่าแผลผ่าตัด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน 1 -2 วัน ซึ่งข้อบ่งชี้ในการทำ URSL ผู้ป่วยที่เป็นนิ่วในท่อไตควรเป็นนิ่วที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นานถ้าเป็นนิ่วที่เกิดขึ้นนานแล้วจะมีปฏิกิริยากับท่อไตมากจนอาจสอดกล้องขึ้นไปไม่ได้ มีผลทำให้การทำลำบากมากขึ้นและทำในผู้ป่วยที่มีนิ่วในท่อไตส่วนล่างจะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดมากที่สุด ส่วนนิ่วในท่อไตส่วนกลางและส่วนบนจะได้รับผลสำเร็จจากการผ่าตัดลดลง (พูนเกียรติเรืองโอภาและสมพล เพิ่มพงศ์โกศล. ;2555) ในการรักษานิ่วในไตมีจุดมุ่งหมายสำคัญ 2

ประการคือเพื่อเอานิ่วออกและป้องกันไม่ให้เกิดนิ่วขึ้นมาใหม่ การรักษาด้วยการผ่าตัดมีการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อรักษาโรคนิ่วโดยหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่มีแผลขนาดใหญ่ เช่น การส่องกล้อง การสลายนิ่วโดยใช้เครื่องมือที่ปล่อยพลังงานเสียงผ่านลำตัวผู้ป่วยเข้าไปกระทบก้อนนิ่ว เพื่อป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำเป็นอีกขั้นตอนสำคัญในการรักษาผู้ป่วยในทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยที่เคยเป็นนิ่วในทางเดินปัสสาวะมีอัตราการเกิดซ้ำของนิ่วสูงถึงร้อยละ 50-70 (Hanprasertpong,T.;2017)

นโยบาย Service plan service Excellence ของกระทรวงสาธารณสุขเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลกาฬสินธุ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะตามแนวทางของสมาคมศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ให้บริการผู้ป่วยโรคนิ่วในไตซึ่งผู้ป่วยโรค นิ่วในท่อไตเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและวิกฤติทางศัลยกรรมจากข้อมูลสถิติงานด้านคุณภาพโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยโรคนิ่วในไตที่มารับบริการในปีพ.ศ. 2562 ถึงปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 1,428 ราย 1,312 ราย และ 1,237 ราย ตามลำดับ(โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ;2564) นอกจากนี้ยังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบผู้ป่วยเสียชีวิตหลังการผ่าตัดนิ่วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกและมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น นิ่วในท่อไตเป็นการเจ็บป่วยที่มีความโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะฉุกเฉินซึ่งการรักษาในแต่ละแบบการรักษามีความแตกต่างกันและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น การจัดการกับอาการและภาวะแทรกซ้อน จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำความเข้าใจเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือที่

มีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด จำนวน 2 ราย โดยศึกษาประวัติการเจ็บป่วย ประวัติโรคร่วม แผนแผนการดำเนินชีวิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ นำมาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพของโรคและปลอดภัยจากการรักษา สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ปกติไม่เจ็บป่วยกลับเข้ามารับการรักษารักษาด้วยโรคเดิม

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

วิธีการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในท่อไตที่มีภาวะซ้อนกร่วมกับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเข้ารับการรักษานอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือน พฤศจิกายน -ธันวาคม พ.ศ.

2563 จำนวน 2 ราย โดยดำเนินการศึกษา ดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยโรคนี้ในไตและได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด จำนวน 2 ราย 2) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แผนแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยเมื่อแรกรับ 3) ศึกษาแผนการรักษาของแพทย์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่นๆ 4) ศึกษาค้นคว้าจากตำราเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตโดยปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยแผนการรักษา นำความรู้ที่ได้มาวางแผนการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย 5) นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ปัญหาและวินิจฉัยทางการพยาบาลให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ 6) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล 7) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ 8) เรียบเรียงและเขียนผลงาน และ 9) จัดพิมพ์รูปเล่มเป็นเอกสารวิชาการ

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ	หญิงไทยอายุ 52 ปี มีอาการปวดท้องมีปัสสาวะแสบขัด ไปรับการรักษา ที่ โรงพยาบาลชุมชน ตรวจพบนิ่วบริเวณท่อไตด้านซ้าย	ชายไทย อายุ 61ปี อาการปัสสาวะแสบขัด มีสีเหลืองขุ่น แพทย์นัดมาผ่าตัด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาสุขภาพเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ มาด้วยอาการปัสสาวะแสบขัด มีปัสสาวะลำบาก
2.พยาธิสภาพ	Film KUB พบว่ามี Lt. Renal calculi ขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 3x1.5 เซนติเมตร	Film KUB พบว่ามี Lt. Renal calculi ขนาด เส้นผ่าศูนย์กลาง 2x1 เซนติเมตร	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพที่ไตด้านซ้ายคือ ตรวจพบจาก Film x-ray KUB พบ Lt. Renal calculi



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
<u>การตรวจพิเศษ</u> Film KUB พบว่ามี Lt. Renal calculi การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Elyte, UA, Urine Culture Serial DTX q 6 hrs. Serial Hct q 6 hrs. <u>การรักษาด้วยยา</u> Ceftriaxone 2 gm IV OD Plasil 1amp IV q 8 hrs. Transamine 1 amp IV q 8 hrs. Meropenam 1 gm. IV q 8 hrs. Morphine 4 mg IV Pm.for pain Kalimate 30 gm+ น้ำ 100 ml rectal q 3 hrs.x II dose Levophed(4:250 mg) 10 ml/hr Keep BP >90/60 mmHg MAP> 65 mmHg <u>การรักษาด้วยส่วนประกอบของเลือด</u> PRC 2 unit IV drip/unit in 3 hrs. <u>การรักษาด้วยสารน้ำ</u> NSS 1000 ml drip 100 ml/hr. <u>การผ่าตัด</u> Left Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) <u>การดูแลต่อเนื่อง</u> นัด F/U OPD ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 2 สัปดาห์	<u>การตรวจพิเศษ</u> Film KUB พบว่ามี Lt. Renal calculi การตรวจชั้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ CBC, BUN, Cr, Elyte, UA <u>การรักษาด้วยยา</u> Ceftriaxone 2 gm IV OD Transamine 1 amp IV q 8 hrs. Plasil 1amp IV q 8 hrs. Morphine 4 mg IV Pm.for pain Senokort 2 tabs oral hs. Air X 1 tab tid. p.c. Ciprofloxacin(500mg) 1tab bid. p.c. <u>การรักษาด้วยสารน้ำ</u> NSS 1000 ml drip 80 ml/hr. <u>การผ่าตัด</u> Left Anatomic Nephro Lithotomy (ANL) <u>การดูแลต่อเนื่อง</u> นัด F/U OPD ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ 2 สัปดาห์	แผนการรักษากรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการตรวจวินิจฉัย ส่งตรวจเอ็กซเรย์ Film KUB พบว่ามี Lt. Renal calculiและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดนี้ในท่อนไตแบบ Left Percutaneous Nephron Lithotomy (PCNL)และมีการตรวจชั้นสูตรด้วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยการตรวจ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, Elyte, UA, Urine Cultureซึ่งหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยพบภาวะแทรกซ้อนคือมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด พบความดันโลหิตต่ำ ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเพิ่มความดันกลุ่ม Inotropic drug คือ Levophed(4:250 mg) 10 ml/hr เพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic shock และผลการตรวจเลือดพบผู้ป่วยมีภาวะ Hyperkalemia แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการให้ยา Kalimate 30 gm+ น้ำ 100 ml rectal q 3 hrs. x II doseและรักษาด้วยการให้ยา ปฏิชีวนะคือ Ceftriaxone 2 gm IV OD

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 วัตถุประสงค์การพยาบาล 1) ความวิตกกังวลและความกลัวในการผ่าตัดของผู้ป่วยลดลง 2) ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเยี่ยมของแพทย์ 2. อธิบายและให้เหตุผลในการตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจรังสีการเจาะเลือด และความจำเป็นในการผ่าตัดครั้งนี้ 3. ชักถามสภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและตอบคำถามตามความเหมาะสม 4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบสภาพภายในห้องผ่าตัดและทีมงานห้องผ่าตัด 5. อธิบายการฝึกตนเองให้ออกกำลังกายบนเตียงหลังการผ่าตัด 6. อธิบายสภาพภายหลังการผ่าตัด เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ อาการปวดแผล การได้รับสายยาง เพื่อให้ออกซิเจน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำการมีแผลผ่าตัด เป็นต้น 7. จัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสนพพูดคุยกับผู้ป่วยอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการตรวจรักษา 8. ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยให้สม่ำเสมอ ประเมินผล

ตารางที่. 3 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. มีภาวะHypovolemic shock จากการเสียเลือดจากการผ่าตัดในท่อนไต กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1)สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ : ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท, MAP > 65 mmHg , Oxygen saturation > 95% 2)Hct >21vol%, Hb > 8.0g/dl, Plt count > 100,000 3)Urine out put ทุก 1 ชม.Keep urine>30cc/hr/0.5 cc/min หรือ> 200cc / 8 hr	ความวิตกกังวลและความกลัวในการผ่าตัดของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด 1. ดูแลให้ได้รับ O2 Mask with mask 10 LPM Keep SPO₂ > 95% 2.วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที /จนอาการคงที่ Keep map > 65 mmHg พบความผิดปกติของ Pulse > 140 ครั้ง/นาที , Blood pressure 90/60 mmHg, MAP < 65mmHg , Respiratory rate > 30 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ทันที 3.เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือด ดูแลการให้สารน้ำประเภท Crystalloids (0.9%NSS) ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ดูแลการให้เลือดชนิด Pack red cellตามแผนการรักษา 6. Monitor EKG ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา เฝ้าระวังสังเกตภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 7.เจาะความเข้มข้นของเลือด Hct ทุก 6 ชั่วโมง/ตามแผนการรักษา 8. Retained Foley's cath NO 18 with bag 9. เพื่อบันทึกจำนวนปัสสาวะ 10.ดูแลให้ยา Levophed(4:250 mg) 10 ml/hr Keep BP >90/60 mmHg MAP> 65 mmHg 14. งดน้ำและอาหารตามแผนการรักษา 15. Record Urine out put ทุก 1 ชม.Keep urine>30cc/hr/0.5 cc/min หรือน้อยกว่า 200cc ใน ชั่วโมง รายงานแพทย์ การประเมินผล 1.สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ : ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/93 มิลลิเมตรปรอท, MAP > 65 mmHg , Oxygen saturation > 99% 2. Hct 32 vol%, Hb 8.0g/dl, Plt count > 327,000 3. Urine out put >30ml /hr.
3.มีภาวะHyperkalemia กรณีศึกษาที่ 1 วัตถุประสงค์: เพื่อลดระดับโปแทสเซียมลงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เกณฑ์การประเมิน 1) ระดับโปแทสเซียมในเลือด 3.5-5.0 mEq/L 2)ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี 3)ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติโดยเฉพาะ QRS complex และ T wave	1. ให้ยา Kalimate 30 gm+ น้ำ 100 ml rectal q 3 hrs.X ll dose ตามแผนการรักษา 2. ให้งดผลไม้เพื่อไม่เพิ่ม K ให้ร่างกาย 3. สังเกตอาการใจสั่นหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยการจับชีพจรสม่ำเสมอถ้ามีแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทันที 4.ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหารตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังได้รับยา Kalimate 30gm+ น้ำ100 ml rectal q 3 hrs ประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผลlab Elyte K=4.58mEq/L ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ Normal sinus rhythm
4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปวดแผลลดลง และพักผ่อนได้มากขึ้น เกณฑ์การประเมิน 1) Pain Score ลดลง 2) ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น	1.ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้แบบประเมิน Numerical rating scale ประเมินความปวดทุก 4-6 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มีความปวด 2.แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวดเพื่อผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความเจ็บปวด 3.สอนและช่วยผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลิกตะแคงตัวเพื่อลดอาการปวดแผล 4.ดูแลสายระบายไม่ให้ตึงรั้งแผลของผู้ป่วยและไม่ให้สายหักพับงอ ก่อความระคายเคืองต่อแผล 5.ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 4 mg IV ทุก 4-6 ชั่วโมง ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยาแก้ปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน และการหายใจช้ากว่าปกติ

ตารางที่. 3 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	6. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุของการปวดแผลผ่าตัด ประเมินผล 1. Pain Score ลดลง 2. ผู้ป่วยสุขสบายนอนพักได้
5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อเนื่องจากผิวหนังมีทางเข้าของเชื้อโรค กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เกณฑ์การประเมินผล 1) ไม่มีไข้ 2) แผลแห้ง ไม่มีหนอง ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน	1. ประเมินการติดเชื้อบริเวณการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิ > 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้พักผ่อน เช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาต่อไป 2. สังเกตลักษณะของแผลว่า บวม แดง ร้อน ช้ำ มีกลิ่นเหม็น ถ้ามีรายงานให้แพทย์ทราบ 3. ดูแลทำความสะอาดแผลให้ตามแผนการรักษาโดยยึดหลัก Aseptic Technique 4. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเปิดแผลและเอามือแกะเกาแผลหรือระวังไม่ให้แผลโดนน้ำ 5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วย 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD, Meropenam 1 gm. IV q 8 hrs. ตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. แนะนำให้รับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของแผลเช่น เนื้อ นม ไข่ ผัก และผลไม้ 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา ประเมินผล 1. ไม่มีไข้ 2. แผลแห้ง ไม่มีหนอง ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน
6. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล 1) ไม่มีไข้ 2) ปัสสาวะ ไม่มีตะกอน ขาวขุ่น ไม่มีหนองหนอง 3) ผลการตรวจ urine ไม่มีการติดเชื้อ	1. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด 2. ดูแลถุงปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าท่อทางเดินปัสสาวะ สายไม่หักพับงอและบีบรัดสายสวนปัสสาวะ บ่อย ๆ เพื่อป้องกันการอุดตันของลิ่มเลือด 3. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง 4. อธิบายการออกกำลังกายหลังผ่าตัด 5. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ Ceftriaxone 2 gm IV OD 6. ประเมินการติดเชื้อบริเวณการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าอุณหภูมิ > 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้พักผ่อน เช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาต่อไป 7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการรักษา ประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ 2. ปัสสาวะไม่มีตะกอน ขาวขุ่น ไม่มีหนองหนอง 3. ผลการตรวจ urine ไม่มีการติดเชื้อ
7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะท้องอืดเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายลดอาการท้องอืด เกณฑ์การประเมินผล 1) ปวดแน่นท้องลดลง 2) ถ้าใส่เคลีโอนไหว 8-10 ครั้ง/นาท 3) ผายลมได้ ถ่ายอุจจาระได้	1. ประเมินสภาพความไม่สบายของผู้ป่วย 2. จัดให้นอนที่เตียงหน้า Nurse station เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการให้การช่วยเหลือที่รวดเร็ว 3. จัดท่านอน Fowler's จัดสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้เหมาะสม ผ้าปูเตียง ปลอกหมอนให้สะอาด เปิดพัดลมให้อากาศถ่ายเท 4. ดูแลทำความสะอาดของร่างกายด้วยผ้าชุบน้ำเย็น จะทำให้รู้สึกสุขสบายขึ้น 5. งนน้ำและอาหารเพื่อเตรียม ผ่าตัด 6. กระตุ้นผู้ป่วย Early Ambulation เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ การผายลม การถ่ายอุจจาระ ประเมินผล

ตารางที่. 3 แผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
9. ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้านและการเกิดนิ่วซ้ำ กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและยอมรับ พยากรณ์โรคและแนวทางการรักษา เกณฑ์การประเมินผล 1) ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น 2) ผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ 3) ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์และการทำกิจกรรมพยาบาล	ผู้ป่วยปวดแน่นท้องลดลงลูกนั่งบนเตียงได้ ถ่ายไส้เลื่อนไหว 8-10 ครั้ง/นาทีย ผู้ป่วยผายลมได้และ ถ่ายอุจจาระได้ 1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย 2. แจ้งอาการให้ผู้ป่วยและญาติทราบอาการและการดำเนินของโรคอธิบายแผนการรักษาของแพทย์ให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจ 3. แนะนำวิธีป้องกันการกลับเป็นนิ่วซ้ำ ดังนี้ - อธิบายให้ทราบถึงโอกาสที่จะเกิดนิ่วซ้ำแนะนำการดูแลและปฏิบัติตน - แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด - แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย - หลีกเลี่ยงอาหารที่มี Oxalate สูง ได้แก่ โกโก้ นมผง ผักโขม หน่อไม้ - หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแคลเซียมสูง รสเค็มจัด เช่น กุ้งแห้ง เนย นม - แนะนำดื่มน้ำผลไม้ที่มีสาร Purin สูงได้แก่ เครื่องในสัตว์ทุกชนิด - แนะนำรับประทานสมุนไพร ใบของหญ้าหนวดแมว ประเมินผล 1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลพูดคุยมกขึ้นผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น 2. ผู้ป่วยและญาติสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ 3. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือตามแผนการรักษาของแพทย์และการทำกิจกรรมพยาบาล

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจากการให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยพบปัญหาการพยาบาลและได้รับการแก้ไข ปัญหาทั้งหมด พร้อมทั้งให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถ ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง จึงทำให้ผลสัมฤทธิ์ บุคลากรให้การดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในท่อไตมากขึ้นและผู้ป่วยได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้การดูแลแบบองค์รวม ปลอดภัยจากการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤติ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้อีกทั้ง ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และการให้ การพยาบาลแบบองค์รวมและบุคลากรให้การดูแลรักษา

ผู้ป่วยและญาติมีทัศนคติที่ดีต่อกันไม่เกิดข้อร้องเรียนในการรักษาพยาบาล

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด กรณีศึกษา 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 1 ราย คือ การผ่าตัด Left Percutaneous Nephro Lithotomy (PCNL) ผู้ป่วยมีภาวะเสียเลือดหลังการผ่าตัด พบสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงและความเข้มข้นของเลือดลดลง ได้รับการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันทีด้วยการให้ยากระตุ้นความดันเลือดและการรักษา ด้วยการให้เลือดผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะวิกฤติของระบบไหลเวียนเลือดจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพบภาวะแทรกซ้อนคือมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด พบความดันโลหิตต่ำ ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาเพิ่มความดันกลุ่ม Inotropic drug

คือ Levophed(4:250 mg) 10 ml/hr เพื่อป้องกันภาวะ Hypovolemic shock และผลการตรวจเลือดพบผู้ป่วยมีภาวะ Hyperkalemia แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการให้ยา Kalimate 30 gm+ น้ำ 100 ml rectal q 3 hrs.X II doseและได้รับการรักษาด้วยการให้ยา ปฏิชีวนะคือ Ceftriaxone 2 gm IV OD มีการเฝ้าระวัง ภาวะความสมดุลของน้ำเข้า-ออกและภาวะปอดบวมน้ำ หลังรักษาผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ กรณีศึกษาครั้งที่ 2ได้รับการรักษาแบบผ่าตัด Anatropic Nephro Lithotomy (ANL)ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัย จากการรักษาด้วยการผ่าตัดนี้ในท่อไตผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในท่อไต การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถและปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการดูแลและเฝ้าระวังทุกระยะในการรักษา ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้สามารถกลับไปใช้

ชีวิตได้อย่างปกติ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูล พื้นฐานนำไปปรับปรุงงานบริการพยาบาลในผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในท่อไต และจัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในหน่วยงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1.พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตั้งแต่การประเมินและค้นหาปัญหาความเสี่ยงเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนขณะและหลังการผ่าตัดนี้ในท่อไตมีการทบทวนความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนี้ในท่อไตอย่างต่อเนื่อง

2.ควรมีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเพื่อให้พยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ(ประเทศไทย).แนวทางการตรวจรักษาโรคนิ่วทางเดินปัสสาวะ.กรุงเทพมหานคร : สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ(ประเทศไทย) ; 2560.
- สมาคมศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการตรวจรักษาโรคนิ่วในไต. กรุงเทพมหานคร : สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะ(ประเทศไทย) ; 2563.
- พูนเกียรติเรืองโอภาและสมพล เพิ่มพงศ์โกศล. (2555). กายวิภาคของการผ่าตัดผ่านกล้องศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะใน สมพล เพิ่ม พงศ์โกศล (บรรณาธิการ). การผ่าตัดแบบมีความรุนแรงน้อยในศัลยศาสตร์ระบบทางเดิน ปัสสาวะ เล่มที่ 1. 135-158. กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์จำกัด.
- Hanprasertpong,T.(2017). Complications in Percutaneous Nephrolithotomy. Urinary stone. (pp.196-214). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- สถิติข้อมูล งานศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. 2564

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ: กรณีศึกษา 2 ราย (Nursing care for cerebral hemorrhage post-operative craniectomy patients: 2 case Studies)

(Received: November 1, 2021; Accepted: November 15, 2021)

ศรีสุดา เวียงนนท์¹

Srisuda Weingnon²

บทคัดย่อ

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด หลังการผ่าตัด และระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย รวบรวมข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจรและมีเลือดออกในสมองเหมือนกัน รักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะมีจุดมุ่งหมายในการนำก้อนเลือดที่กดเบียดสมองออกเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันด้านพยาธิกำเนิดตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับบาดเจ็บและมีเลือดออก ตำแหน่งในการผ่าตัดที่นำเอาก้อนเลือดออกและการดำเนินโรคที่ต่างกันจากปัจจัยด้าน อายุ โรคประจำตัว ตำแหน่งการบาดเจ็บ ขนาดและความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการรักษา ส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะเวลาช้าหรือเร็วแตกต่างกัน ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานและมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลจึงควรเข้ามามีบทบาทตั้งแต่ช่วงที่เริ่มวินิจฉัยโรคที่คุกคามชีวิต โดยให้การดูแลควบคู่กับการรักษาเฉพาะ ร่วมกับดูแลจิตใจและจิตวิญญาณในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อการสูญเสียได้อย่างเหมาะสมที่สุดเท่าที่สามารถเป็นไปได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤต แต่ยังหลงเหลือความพิการบางส่วนที่ต้องไปฟื้นฟู และทำกายภาพบำบัดต่อที่บ้าน ซึ่งมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน และการมาตรวจตามนัด

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยเลือดออกในสมอง การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ

ABSTRACT

This is a comparative study of 2 case studies, selected only with intracranial hemorrhage post-operative craniotomy patients. From the preoperative period, Postoperative after the critical period and rehabilitation period before discharge. Collect information medical history data from medical records. Using the concept of the Gordon 11 Health Scheme Patient Assessment Model. Orem's Self-Care Theory and palliative care In order to find problems with patients. Set a nursing diagnosis, plan a nursing practice, Summarize and evaluate nursing outcomes continuously until to discharge home.

The results found that: The study compared two cases suffered head injury patients in a traffic accident and had the same cerebral hemorrhage. Craniotomy also aims to remove a blood clot that presses on the brain. But there are differences in pathogenesis, location of injured brain tissue and bleeding. The location of the hemorrhage removal surgery and the disease process differed by factors

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

such as age, underlying disease, location of injury. The size and severity of the pathology of the disease and the complications of the disease during treatment. Affects the care of patients with different durations, slow or fast. Case study 1: Patients received standard care and treatment for complications. They are prepared both physically and mentally to receive palliative care. It aims to reduce suffering and focus on providing patients and their families with a good quality of life. Therefore, nurses should be involved in the early diagnosis of life-threatening diseases. By providing care along with specific treatment together with taking care of the mind and soul in the last moments of life enable families and patients to face loss as appropriate as possible. Case Study 2: Patients were rescued from a crisis. But there are still some disabilities that need to be rehabilitated and continued physical therapy at home which has continuous follow-up of treatment results from community hospitals and follow-up inspections.

Keywords: Nursing, Cerebral hemorrhage, Craniectomy surgery

บทนำ

ภาวะเลือดออกในสมอง คือภาวะที่มีเลือดออกภายในเนื้อสมอง โดยเกิดจากการแตกของหลอดเลือดในเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองส่วนข้างเคียงกับก้อนเลือดที่เกิดจากเลือดออกนั้นถูกกดเบียด ส่งผลให้มีอาการผิดปกติต่าง ๆ ทางระบบประสาทเกิดขึ้น จากความผิดปกติของตัวหลอดเลือดเองภายในสมอง (primary hemorrhage) หรือเป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะอื่น (secondary hemorrhage) เช่นการบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง โดนทำร้าย กีฬานันทนาการ และถูกยิง โดยเฉพาะการมีเลือดออกในสมองที่เกิดจากได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งองค์การอนามัยโลกยืนยันว่าในแต่ละปี ประชากรโลกราว 1.35 ล้านคนเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และอีก 20 ถึง 50 ล้านคนได้รับบาดเจ็บหรือพิการจากอุบัติเหตุ (WHO, 2020) เมื่อปี พ.ศ. 2558 ตามรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลก ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน สูงที่สุดเป็นอันดับ 2 ของโลกและเป็นอันดับที่ 1 ในภูมิภาคเอเชีย โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากการจราจรทางถนนโดยประมาณต่อประชากร 100,000 คน ร้อยละ 32.7 และพบว่าร้อยละ 30 ของผู้บาดเจ็บจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ร้อยละ 30

นอกจากนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 29.2 (WHO, 2018) ในประเทศไทยพบว่าการบาดเจ็บจากการอุบัติเหตุในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีผู้บาดเจ็บจำนวน 18,704 ราย, 77,256 ราย และ 71,416 ราย ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีจำนวน 10,774 ราย, 11,373 ราย และ 10,121 รายตามลำดับ (สำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง, 2563) ซึ่งพบว่าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น และสะท้อนให้เห็นถึงภาระหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการดูแลผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่ศีรษะที่มากขึ้นรวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่สูงขึ้น

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะเข้ารับบริการช่วงปี 2561 ถึง 2563 จำนวน 5,883 ราย เข้ารับการผ่าตัดสมองทั้งหมด 208 ราย เสียชีวิตหลังการผ่าตัดสมองทั้งหมด 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.19 งานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมระบบประสาท สูติกรรม ตา หู คอ จมูก และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤตตลอด 24 ชั่วโมง ที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองพบเป็นอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคของโรคที่พบบ่อยในหน่วยงาน และเป็นความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคที่ต้องเฝ้าระวังจากอัตราการเสียชีวิตสูง จากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ จำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตในปี 2561, 2562 และ 2563 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 379 ราย และอัตราการเสียชีวิตในปี 2561, 2562 และ 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 174, 114 และ 91 รายตามลำดับ และการเสียชีวิตในปี 2561, 2562 และ 2563 คิดเป็นร้อยละ 5.74, 7.89 และ 4.39 ตามลำดับ พบว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะตามมาตรฐานอย่างใกล้ชิดทุกขั้นตอน การที่พยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐาน มีการศึกษาหาความรู้ฝึกฝนพัฒนาการปฏิบัติงานของตนเอง อยู่เสมอและสามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมองค์รวมทั้ง 4 มิติ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ กรณีศึกษา 2 รายเปรียบเทียบโดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ซึ่งเป็นการดำเนินการอย่างมีระบบระเบียบ เริ่มต้นจากการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล ระบุปัญหาที่ชัดเจน นำปัญหามาวางแผนการพยาบาล ตามลำดับปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญ รวมถึงการมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตหลังการได้รับการผ่าตัดร่วมกับปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทาง

ทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ยังได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แนวคิดแบบประเมินตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางเป็นรูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ

วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เข้ารับการรักษาในงานห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 รายมีรายละเอียดดังนี้



กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 44 ปี มีโรคประจำตัว COPD และความดันโลหิตสูง มาด้วยข้อบวมโตเรื้อรังตัวเอง หมดสติประมาณ 20 นาที แกร็บ GCS E1VTM1 pupil Right 3 mm Normal React to light, Left 5 mm Fixed dilate, Motor Power grade 1 วินิจฉัยโรค 1) TBI with Subdural hemorrhage at Left Frontoparietal temporal lobe with Subarachnoid hemorrhage with Brain Swelling and midline shift 2) Closed fracture Right Clavicle with Closed fracture Right Rib 3th เข้ารับการผ่าตัด Left Craniectomy with Remove Clot with Frontotemporal Lobectomy ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือด 15,00 ml หลังการผ่าตัดผู้ป่วย GCS E1VTM3 pupil Right 3 mm normal React to light, Left 5 mm Fixed dilate, Motor Power grade 1 มีปัญหาความดันโลหิตต่ำ และ Hct=20.9 Vol% ในระยะต่อมาพบมีเลือดออกซ้ำในสมองร่วมกับสมองบวมเพิ่มขึ้น พบการติดเชื้อในทางเดินหายใจและติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ญาตินำผู้ป่วยไปดูแลต่อในวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ใช้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 43 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทย อายุ 15 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาด้วยข้อบวมโตเรื้อรังถูกรถกระบะเขี่ยชน สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ แกร็บผู้ป่วยปลุกตื่นไม่ลืมตา GCS E1VTM5 pupil Right 3 mm normal React to light, Left 5 mm Fixed dilate, Motor Power grade 5

วินิจฉัยโรค Acute Subdural hemorrhage and Epidural hemorrhage at Left Frontotemporal Region 2) Acute Respiratory failure 3) Closed Fracture Left distal Radius เข้ารับการผ่าตัด Left Craniectomy with Remove Clot ใช้เวลาในการผ่าตัดสมอง 1 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือด 800 ml หลังผ่าตัดผู้ป่วย GCS E1VTM5 pupil Right 3 mm normal React to light, Left 5 mm Fixed dilate, Motor Power ซ้าย grade 5 และขวา grade 3, Hct= 25.5 Vol% อาการดีขึ้นตามลำดับมีแขนขาต้านขวามือแข็งแรง จำหน่ายโดยส่งต่อกลับไปรักษาโรงพยาบาลใกล้บ้าน รวมระยะเวลาในการรักษาทั้งหมด 12 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะคือ 1)ระยะก่อนการผ่าตัด 2) ระยะหลังการผ่าตัด 3)ระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ต่อไป

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
ระยะก่อนการผ่าตัด 1. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลง เนื่องจากการบาดเจ็บและบวมของเนื้อเยื่อสมอง กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และแรงดันเลือดในสมองโดย

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดย GCS พร้อมประเมินลักษณะของม่านตา ปฏิกริยาตาต่อแสง และวัดสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที 1.2 จัดให้ออนในท่าศีรษะสูง 30 องศา คออยู่ในแนวตรง ไม่เอี้ยวคอสะโพกมากกว่า 90 องศา 1.3 เช็ดตัวลดไข้ในรายที่อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส 2. ดูแลทางเดินหายใจให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา หลีกเลี่ยงการทำ Hyperventilation โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บสมอง 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เกลือแร่ และยาตามแผนการรักษา <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยทั้งสองรายไม่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ไม่มีชักเกร็ง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีไข้
2. มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรงและการเตรียมก่อนผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการแนะนำตนเองอธิบายเกี่ยวกับความเป็นไปของโรคตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด สภาพหลังการผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ศีรษะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่สายระบายของเหลวจากกระเพาะอาหาร การใส่ท่อช่วยหายใจ 3. เตรียมด้านร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย งดน้ำงดอาหารทุกชนิด โภชนาการ และใส่สายสวนปัสสาวะ 4. เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจเลือด การจางเลือดและส่วนประกอบของเลือด 5. เตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ได้แก่ ใบยินยอมการผ่าตัดฟิล์มเอกซเรย์ ยาและเวชภัณฑ์ตามแผนการรักษา เช็คป้ายข้อมือ การบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท และประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญี 6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย <u>การประเมินผล</u> ญาติมีส่วนร่วมและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการเช็ดยินยอมทำการผ่าตัด ญาติบอกว่าคลายความกลัวและวิตกกังวลลดลงเข้าใจแนวทางการรักษาและยอมรับสภาพอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด
ระยะหลังการผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วยจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ (ความถี่ต่างกัน) 2. ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าออกมากกว่าหรือเท่ากับ 200 ml/hr. ให้เจาะ Hct พร้อมรายงานแพทย์ 3. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ BP < 90/60 mmHg., MAP < 65 mmHg., HR > 100 ครั้ง/นาที, Hct < 30% หรือลดลงจากเดิม 3%, ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกตัวเย็น, ปัสสาวะออก < 0.5 ml/kg/hr. และ CVP < 8 CmH₂O 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือดและสารประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 5. บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายทุก 1 ชั่วโมง



ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	6. ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือดและยากระตุ้นหัวใจตามแผนการรักษา พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 7. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา 8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษา <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยทั้งสองมีภาวะช็อกจากการเสียเลือด ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เสียเลือด 1,500 ml. ความดันโลหิตต่ำ 60/30 mmHg. Hct= 20.9 vol% หลังการแก้ไข สัญญาณชีพปกติ Hct=30.6 vol% ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 เสียเลือด 800 ml. มีหัวใจเต้นเร็ว 130-140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตปกติ Hct= 25.5 vol% หลังการแก้ไข สัญญาณชีพปกติ Hct=30 vol%
4. หายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่อง จากระดับความรู้สึกตัวลดลง กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ประเมินสัญญาณชีพ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้วให้อยู่ในระดับ $\geq 95\%$ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ 2. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอก และฟังเสียงลมเข้าปอด ทั้งสองข้าง ถ้าหายใจเร็วกว่า 24 ครั้งต่อนาที กระสับกระส่าย เหงื่อออก ริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำรายงานแพทย์ 3. จัดทำอนาศิริระสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายได้อย่างเต็มที่ 4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ 5. ถ้าผู้ป่วยมีไข้ดูแลให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจน 6. ติดตามผล Arterial Blood gas และรายงานแพทย์ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 พบมีอาการหอบเหนื่อยหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง O2 sat=92% No cyanosis ตรวจ ABG พบมีปัญหา Metabolic acidosis ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ไม่มีอาการหอบเหนื่อย NO cyanosis O2 sat 95-100%
5. เสี่ยงต่อการกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดจากสมองบวม เลือดออกซ้ำ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติ (ความถี่ต่างกัน) และประเมินระดับความรู้สึกตัวโดย GCS พร้อมประเมินลักษณะของม่านตา ปฏิกริยาตาต่อแสง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลงตั้งแต่ 2 คะแนน รายงานแพทย์ทันที 2. ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าออก ≥ 200 ml/hr. ติดตาม Hct และ CBC พร้อมรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ 3. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ BP < 90/60 mmHg., MAP < 65 mmHg., HR > 100 ครั้ง/นาที, Hct < 30% หรือลดลงจากเดิม 3% 4. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 4.1 สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Early warning sigs) และรายงานแพทย์เมื่อพบ อาการดังต่อไปนี้ 1)ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีการคลื่นไส้ 2) systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressure จะต่ำลงเล็กน้อยไม่ได้สัดส่วนกับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น แต่ อัตรา

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	การหายใจเริ่มเปลี่ยน แปลงและไม่สม่ำเสมอ 3) ระดับความรู้สึกตัวลดลง ≥ 2 คะแนน 4.2 จัดทำนอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า 90 องศา 4.3 ประเมินความปวด พร้อมบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสุขสบาย และให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา 4.4 ดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบายให้ไหลสะดวกไม่ตึงรั้ง พร้อมทั้งลงบันทึกลักษณะสีและจำนวน กรณีขวดรองรับไม่เป็นสุญญากาศ ให้รายงานแพทย์ 4.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 4.6 ติดตาม DTX ตามแผนการรักษา 4.7 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา keep SBP ≤ 140 mmHg หรือตามแผนการรักษา 4.8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ก่อนและหลังดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที และดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ รวมทั้งสังเกตและบันทึกค่า O₂ sat ให้ $\geq 95\%$ 4.9 ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายไว้ที่ 36-37 องศาเซลเซียส โดยการประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม. เมื่อมีไข้เช็ดตัวลดไข้และให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา 4.10 ดูแลให้ได้รับยาลดสมองบวมตามแผนการรักษา เช่น 20% mannitol, Furosemide และ Dexamethasone พร้อมทั้งเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที 4.11 ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้อง (Valsalva maneuver) เพิ่มขึ้น ได้แก่การออกแรงกุกนั้ การเบ่งถ่ายอุจจาระ การไอหรือการจามแรงๆ การพลิกตะแคงตัว รวมทั้งการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ(PEEP) ไม่ควรมากกว่า 5-10 cmH₂O <u>การประเมินผล</u> กรณีศึกษา รายที่ 1 หลังการผ่าตัดผู้ป่วย GCS E1VTM4 Pupil pupil Rt. 3 mm RTL, Lt. 5 mm. fixed dilate Motor Power grade 1 มีไข้อยู่ในช่วง 38-39 องศาเซลเซียส ซึมลง หลังผ่าตัด 7 วัน พบมีเลือดออกซ้ำและสมองบวมเพิ่มขึ้น กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดสมองผู้ป่วย GCS E1VTM5 pupil Rt. 3 mm RTL, Lt. 5 mm. Fixed Motor Power ซ้าย grade 5 และขวา grade 3 มีไข้อยู่ในช่วง 38-38.5 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 7 วัน ไม่พบอาการผิดปกติ
6. มีโอกาสเกิดภาวะพร่องของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ เนื่องจากเสียเลือดและน้ำออกจากร่างกาย กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา 2. บันทึกจำนวนลักษณะสีของปัสสาวะทุกชั่วโมง ถ้ามีจำนวนมากกว่า 200 ซี.ซี. ต่อชั่วโมง ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง สีใส และค่าความถ่วงจำเพาะ < 1.005 แสดงถึงภาวะเบาจัด 3. ประเมินอาการภาวะโปแตสเซียมผิดปกติ 3.1 ภาวะโปแตสเซียมต่ำ (< 3.5 mEq/L) ได้แก่หัวใจเต้นเร็วถ้าไม่ได้รับการแก้ไข หัวใจหยุดเต้นกล้ามเนื้ออ่อนแรง เบื่ออาหาร ท้องอืด ท้องผูกเกิดภาวะต่างในร่างกาย(alkalosis)การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลงสมองถูกกด ความจำเสื่อม

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	3.2 ภาวะโปแตสเซียมสูง (>5 mEq/L) ได้แก่ แน่นหน้าอก ชีพจรเต้นช้า คลื่นหัวใจผิดปกติ ปวดท้อง ท้องอืด ท้องเดิน กระสับกระส่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นอัมพาต 4. ประเมินอาการภาวะโซเดียมผิดปกติ 4.1 ภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที กระหายน้ำ เป็นตะคริว อาเจียน มีอาการเพ้อ กระสับกระส่าย ไม่รู้สึกตัว ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นช้า ปัสสาวะออกน้อย เหงื่อออกมาก และมือเท้าเย็น (ภาวะช็อก) 4.2 ภาวะโซเดียมสูง (>148 mEq/L) ได้แก่ กระหายน้ำ ซึม หหมดสติ ความดันโลหิตสูง หัวใจ ล้มเหลว 5. ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา และรายงานแพทย์ 6. ประเมินภาวะ Salt Wasting และ SIADH จากจำนวนปัสสาวะและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งรายงานแพทย์ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองราย มีภาวะโซเดียมและโปแตสเซียมต่ำทั้งสองราย แต่ไม่มีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง
7. มีโอกาสเกิดภาวะชกภายหลังการผ่าตัด เนื่องจากเซลล์สมองได้รับการบาดเจ็บ กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. สังเกตและบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัว รายงานแพทย์ให้ทราบทันที 2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทก่อนและหลังเกิดภาวะชัก 3. เตรียมอุปกรณ์สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้พร้อม ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน 4. ภายหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ยกที่กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการตกเตียง 5. กรณีที่ผู้ป่วยชักจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ยกที่กั้นเตียงขึ้น ใช้หมอนกั้นเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของร่างกาย ไม่จับขากรรไกรและใส่สิ่งของในปาก ไม่ผูกยึดผู้ป่วย 6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ปราศจากสิ่งกระตุ้นและปลอดภัยจากอุบัติเหตุ 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชักตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา - Keppra 500 mg iv ทุก 12 hr. - Dilantin 100 mg iv ทุก 8 hr. 8. ติดตามผลระดับยาในเลือดตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายขณะทำการรักษาไม่พบภาวะชักเกร็ง และผลข้างเคียงจากการได้รับยากันชัก
8. มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการสื่อสาร เนื่องจากการผ่าตัดสมอง กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. ประเมิน Activities of Daily Living (ADL) เพื่อนำมาวางแผนการช่วยเหลือและฟื้นฟูการทำกิจกรรมของผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล 2. ดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากขึ้นในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง เช่น การนั่ง พลิกตะแคงตัว หรือขยับแขนขาบนเตียง 3. ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	4. สอนและช่วยญาติผู้ดูแลทำกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้าง เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด 5. ใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพยายามพูดซ้ำ ๆ ชัดๆ มีน้ำเสียงที่ปกติ 6. ในรายที่มีอาการแขนขาอ่อนแรงส่งปรึกษากายภาพบำบัดทำ Active exercise และ Passive exercise การประเมิน กรณีศึกษา รายที่ 1 ประเมิน ADL = 0 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมทั้งหมดและช่วยทำกายภาพบำบัดแบบ Passive Exercise สื่อสารความต้องการไม่ได้เลย กรณีศึกษา รายที่ 2 ประเมิน ADL = 8 คะแนน ต้องได้รับการช่วยเหลือกิจกรรมบางส่วน แขนขาอ่อนแรงด้านขวา ส่งปรึกษากายภาพบำบัดสอนผู้ป่วยและญาติทำ Active Exercise และ Passive Exercise เมื่อกลับบ้าน พร้อมทั้งกระตุ้นการสื่อสาร
9. ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากการติดเชื้อที่ปอด กรณีศึกษาที่ 1	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ มีอาการเหงื่อออกกระสับกระส่ายชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็วลึก ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจมากขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ และเร็ว ความดันโลหิตลดลง ปลายมือและปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว ผิวหนังลาย หัวใจเต้นช้าลง และหยุดหายใจ 2. ฟังปอดเพื่อประเมินเสียงลมเข้าปอด เสียงเสมหะและเสียงผิดปกติ อย่างน้อยแฉะ 1 ครั้ง 3. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและตรวจสอบ cuff pressure ทุก 8 hr. 4. Monitor O₂ sat อย่างต่อเนื่อง และติดตามผล ABG เมื่อพบค่าผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที 5. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง 6. ติดตามผล Chest x-ray และการตรวจเสมหะเพาะเชื้อตามแผนการรักษา 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด 8. ดูแลให้ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาอย่างใกล้ชิด Fentanyl (5:1) iv drip 10 ml/hr. เพื่อลดการใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ การแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีเพิ่มขึ้น การประเมินผล ผู้ป่วยหอบเหนื่อย NO Cyanosis O₂ sat 92%-95% หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ ตัวเย็นซีด ดูแลให้การรักษาระดับประคับประคองร่วมกับการรักษาเฉพาะ แต่ไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น
10. ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ กรณีศึกษาที่ 1	1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิกายตามความเหมาะสม 2. ดูแลให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด จัดตรงสายไม่ให้หักพับงอเพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก 3. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้า-เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่าย 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาหลังได้ผลการเพาะเชื้อ พร้อมติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงยา

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
	5. ประเมินข้อบ่งชี้ในการใส่คาสายสวนปัสสาวะทุกวัน เพื่อรายงานแพทย์ พิจารณาถอดสายสวนออกเมื่อหมดความจำเป็น 6. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก 7. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ <u>การประเมินผล</u> อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37 – 38.5 องศาเซลเซียส ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผลการตรวจปัสสาวะปกติ พบเม็ดเลือดขาว 3-5 cell/HPF
ระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย 11. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน กรณีศึกษาที่ 2	1. ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลเมื่อกลับบ้าน 2. ให้คำแนะนำในการเตรียมสถานที่อุปกรณ์ให้เหมาะสม ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน เช่น ห้องน้ำมีราวจับ เตียงนอนสามารถปรับหัวเตียงและมีราวจับยึด พื้นทางเดินไม่ลื่น ไม่มีของวางเกะกะ ห้องนอนควรอยู่ชั้นล่าง มีอุปกรณ์ช่วยเดิน เป็นต้น 3. การเตรียมหาผู้ดูแล อาจเป็นญาติหรือเจ้าหน้าที่ตามศูนย์บริการ 4. สอนการท่ายากกายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อและข้อให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเองกรณีที่ขยับแขนขาได้บ้าง เพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อและป้องกันข้อติด 5. แนะนำการดูแลในเรื่องอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ควรจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ งดอาหารไขมันสูง อาหารเค็มจัด หวานจัด ให้เหมาะกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย หากมีปัญหากลืนลำบากควรเตรียมอาหารชิ้นเล็ก ๆ อาหารนิ่มๆ อาหารเหลว เช่น โจ๊ก ผลไม้สุก นม เป็นต้น 6. แนะนำการดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7. แนะนำและสอนวิธีการทำความสะอาดร่างกาย การดูแลความสะอาดเมื่อขับถ่าย และการดูแลความสะอาดของช่องปากและฟัน 8. แนะนำใช้วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม หากผู้ป่วยฟังไม่เข้าใจ ควรพยายามพูดช้า ๆ ชัดๆ หรือหาวิธีสื่อสารอื่นๆ เช่น ชี้อักษรภาพ ให้เขียนหากเขียนได้ 9. แนะนำการดูแลการรับประทานยา ด้วยการเตรียมยาและกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง 10. แจ้งการมาพบแพทย์ตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะขุ่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น หรือซึมลง ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด 11. พูดคุยให้ทราบถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ครอบครัวจะต้องเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย ไม่แสดงความรู้สึกรังเกียจ เครียดต่อหน้าผู้ป่วย พยายามปรับอารมณ์ของตนเอง ยอมรับสภาพที่ผู้ป่วยเป็น ให้กำลังใจผู้ป่วย จะช่วยให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสารพูดได้เป็นเสียง อ้อๆอ้อๆ ไม่เป็นคำ และมีแขนขาอ่อนแรงด้านขวา แนะนำให้กระตุ้นการสื่อสารและท่ายากกายภาพบำบัดต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน จำหน่ายโดยส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมทางการพยาบาล
12. ญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ 2	1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงภาวะโรคซึ่งอยู่ในระยะที่ไม่อาจจะรักษาให้หายได้ด้วยวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ 2. ค้นหาสิ่งที่ค้างคาใจ และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบสามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ 3. ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติตลอดระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในสถานบริการ 4. เปิดโอกาสให้ซักถาม และระบายความรู้สึก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเข้าใจ 5. สำรวจความเชื่อและความต้องการทางศาสนาของครอบครัว ให้การสนับสนุนช่วยเหลือถ้าสามารถทำได้ 6. ให้ความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิตและหลังจากเสียชีวิตแล้ว 7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่ต้องการกลับไปดูแลต่อในวาระสุดท้ายที่บ้าน การประเมินผล แพทย์ได้พูดคุยเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษาในการดูแลแบบประคับประคอง ญาติรับทราบเข้าใจยินยอมและยอมรับในแนวทางการดูแลรักษา และส่งปรึกษาทีม Palliative Care ต่อมาญาติได้ตัดสินใจนำผู้ป่วยไปดูแลต่อในวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน

สรุป

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองจากอุบัติเหตุจราจรเหมือนกัน รักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำก้อนเลือดที่กดเบียดสมองออกเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันด้านพยาธิกำเนิดตำแหน่งของเนื้อเยื่อสมองที่ได้รับบาดเจ็บและมีเลือดออกและการดำเนินโรคที่แตกต่างกันจากปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว ตำแหน่งการบาดเจ็บ ขนาดและความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคขณะทำการรักษาพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นอย่างดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมองหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค อาการอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการรักษาป้องกันเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง โดยการใช้แบบประเมิน Glasgow coma scale (GCS) และ Early

warning sign เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจคุกคามต่อชีวิตรวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน และมีการส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งในกรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาตรฐาน มีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานและมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยให้การดูแลควบคู่กับการรักษาเฉพาะ มีการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อประโยชน์ต่อการรักษา ส่งเสริมการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้การดูแลประคับประคองทางอารมณ์ การดูแลต่อเนื่องและดูแลจัดการอาการอย่างเต็มที่ ร่วมกับดูแลจิตใจและจิตวิญญาณในช่วงสุดท้ายของชีวิต ให้ครอบครัวและผู้ป่วยสามารถเผชิญต่อการสูญเสีย



ได้อย่างเหมาะสม กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤต แต่ยังคงเหลือความพิการบางส่วนที่ต้องไปฟื้นฟู และทำกายภาพบำบัดต่อที่บ้าน ซึ่งมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน และการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับปรุงหรือทบทวนแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเลือดออกในสมองหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะในหน่วยงาน และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ในระบบบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรมประสาทและสมองเป็นระยะ
2. ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนใน

ประชาชนทั่วไปเพื่อให้เกิดความตระหนักและระวังขณะขับขี่จักรยานยนต์เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง

3. ระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อต้องมีคุณภาพเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี

4. ควรมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบสารสนเทศในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและการดูแลติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. บุคลากรในหน่วยงานมีการศึกษาหาความรู้วิทยาการใหม่ๆ อยู่เสมอ โดยการประชุมอบรม สัมมนาวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในสมองหลังการผ่าตัด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

เอกสารอ้างอิง

- กรณีกา รักยิ่งเจริญ, อารณิ ไทยกล้า และประภาพร สุวรรณภูมิ. (2561). การใช้หลัก ABCs ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 12, 12-19
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล, 33(2), 15-28
- ชาญเวช ศรีธาทพุทธ และเรวัต ชุณหสุวรรณกุล. (บรรณาธิการ). (2557). ตำราศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 18. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- ดุสิต สดาวร, ครรชิต ปิยะเวทวิรัตน์ และสทล ปุญญถาวร. (บรรณาธิการ). (2561). สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ICU Everywhere. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด.
- นิภาพร บุตรสิงห์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล, 34(3), 15-29
- แบบแผนสุขภาพ. (2562). 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน. ค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.mindmeister.com/748605605/>
- โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. (2563). สถิติข้อมูลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ และ ชดช้อย วัฒนนะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1), 129-139
- วิจิตรา กุสมภ์. (บรรณาธิการ). (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2557). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7. (2556). คู่มือการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ฉบับที่ 2 ปี พ.ศ. 2556. ขอนแก่น: บริษัท เพ็ญพรินตัง จำกัด.
- สำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง. (2563). อุบัติเหตุจราจรบนทางหลวงแผ่นดิน ปี 2563. ค้นเมื่อ 9 กันยายน 2564, จาก <http://bhs.doh.go.th/download/accident>

- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒนพงศ์ นาวิเจริญ. (บรรณาธิการ). (2558). **ตำราศัลยศาสตร์ ภาค 1**. กรุงเทพฯ: บริษัท
ไพลินบุ๊คเน็ต จำกัด (มหาชน).
- Chauhan, R., Bloria, S. D. & Luthra, A. (2019). **Management of Postoperative Neurosurgical Patients**.
Indian Journal of Neurosurgery, 8(3), 179-184.
- Colomina, M. S. et al. (2019). **Update in perioperative intensive medicine optimization of the
neurosurgical patient in Intensive Care**. Med Intensiva, 43(8), 489-496
- World Health Organization. (2018). **Global status report on road safety 2018**. ค้นเมื่อ 9 กันยายน 2564,
จาก <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf?ua=1>



การพยาบาลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบ กรณีศึกษา

Nursing care of otitis media: case study

(Received: October 27, 2021; Accepted: November 15, 2021)

บวรลักษณ์ อินทรประจง¹

Bowornlak Intaraprachong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบและศึกษาการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยศึกษาจากผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบ จำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่ห้องตรวจหู คอ จมูก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลจากการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อได้รับการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบทั้ง 2 ราย มีระดับการได้ยินปกติอยู่ระหว่าง 20-23 เดซิเบล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบ

ABSTRACT

This study was a case study. The objective was to compare the health problems of otitis media patients and study of nursing care for otitis media patients using the nursing process and nursing theory to be more effective. The study consisted of 2 otitis media patients who received services at the Ear, Nose and Throat Examination Room, Outpatient Nursing Group, Kalasin Hospital. Data were collected from condition assessment, history taking, physical examination, and data analysis by descriptive statistics and content analysis.

The results of the study found that when receiving medical treatment It was found that both otitis media patients had normal hearing levels between 20-23 decibels and had no complications from medical treatment.

Keywords: otitis media patients

บทนำ

โรคหูชั้นกลางอักเสบ คือ การอักเสบในหูชั้นกลาง ที่อยู่สแตเซียนและโพรงโหนดกกหู มักเรียกว่าหูน้ำหนวก การติดเชื้อในหูชั้นกลางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นโรคที่เกิดตามหลังการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเด็กทั่วโลก เนื่องจากทำให้เกิดหูหนวกหรือหูตึง เป็นปัญหาต่อการพูด การเรียนและพัฒนาการของเด็ก ระบาดวิทยาของโรคหูชั้นกลางอักเสบในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 83 ของเด็กอายุ 3 ปี เคยเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบ และร้อยละ 90 ของเด็กในช่วงวัยก่อนเรียน มีภาวะน้ำขังในหูชั้นกลาง ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการดังกล่าว (กิตติรัตน์ อังกานนท์, 2561) จากรายงานประจำปีโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบ จำนวน 115 ราย แบ่งเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบเฉียบพลัน จำนวน 74 ราย

โรคหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง 27 ราย และโรคหูชั้นกลางอักเสบชนิดมีน้ำขังหลังแก้วหู จำนวน 14 ราย (ศูนย์ข้อมูล กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2563) ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอันนำไปสู่การเกิดหูหนวกหรือหูตึง ถ้าได้รับการรักษาพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่ทีมแพทย์ โสต ศอ นาสิก และพยาบาลต้องให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ติดตามประเมินผลการรักษาพยาบาลให้ได้คุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน คงไว้ซึ่งการได้ยินที่มีอยู่ ไม่มีภาวะหูหนวกถาวร

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบและศึกษาการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและทฤษฎีการพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการเลือกผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) ในผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบ จำนวน 2 ราย ได้แก่ โรคหูชั้นกลางอักเสบชนิดมีน้ำขังหลังแก้วหูและโรคหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจ หู คอ จมูก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ระเบียบวิธีการศึกษา

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ ค่านิยมและความเชื่อต่างๆ ข้อมูลปรนัย (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก การตรวจร่างกายของผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบทั้ง 2 ราย และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งแหล่งข้อมูลได้จากผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล แพทย์ ผู้รักษา และแฟ้มรายงาน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ประเภท คือ ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิต ภาพลักษณ์ ค่านิยมและความเชื่อต่างๆ ข้อมูลปรนัย (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก การตรวจร่างกายของผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบทั้ง 2 ราย และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งแหล่งข้อมูลได้จากผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล แพทย์ ผู้รักษา และแฟ้มรายงาน

กิจกรรมการพยาบาล

ในการรักษาพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบ เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งบุคคล รักษาไว้ซึ่งการได้ยินในปัจจุบัน การรักษาเน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นหลัก การวางแผนกิจกรรมพยาบาล ในกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหูชั้นกลางอักเสบ มี 2 กรณีดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดมีน้ำขังหลังแก้วหู

กรณีศึกษาที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง

ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดเจาะแก้วหูและใส่ท่อระบายหูซ้าย ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดหูซ้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. จากการตรวจหูซ้ายพบว่าเยื่อแก้วหูซ้ายบวม แดง 2. ผู้ป่วยบอกว่าปวดหูซ้าย (Pain score อยู่ในระดับ 2) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย หูเลาอาการปวดหูซ้าย เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูเลาอาการปวดหู (Pain score อยู่ในระดับ 1) กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้รับประทานยา Paracetamol 500 mg 1 เม็ด รับประทานเวลาปวด ห่วงกันทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. แนะนำประคบร้อน โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำอุ่นและบิดหมาดๆ ประคบบริเวณหูซ้ายเป็นเวลา 15-20 นาที ต่อครั้ง เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวด 3. แนะนำห้ามแคะหูซ้ายและระวังอย่าให้น้ำเข้าหูขวา เวลาอาบน้ำหรือสระผมต้องใช้สำลีอุดหูซ้ายทุกครั้ง 4. ประเมินผลการรักษา และประเมินอาการปวดของผู้ป่วยหลังจากให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูเลาอาการปวดหูซ้าย (Pain score อยู่ในระดับ 1)	1.การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดเจาะแก้วหูขวา ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากมีหนองไหลออกจากหูขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบมีหนองไหลออกจากหูขวา 2. ผู้ป่วยบอกว่ารำคาญไม่สุขสบายมีหนองไหลออกจากหูขวาเป็นระยะๆ วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสุขสบาย หูขวาแห้งสะอาด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูขวาแห้งสะอาด กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำและสาธิตการทำความสะอาดหูขวา ให้ทำความสะอาดเฉพาะภายนอก โดยใช้สำลีหรือไม้พันสำลีปลอดเชื้อชุบน้ำเกลือพอหมาดๆ เช็ดทำความสะอาด ห้ามใส่ไม้พันสำลีเข้าไปในช่องหู เพราะอาจนำเชื้อโรคเข้าไปในช่องหู ทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยทำความสะอาดหูบ่อยๆ ทุกครั้งที่มึหนองไหลออกมาหรือก่อนหอยอดยาหยอดหูทุกครั้ง 2. สอนและสาธิตการหยอดยาหยอดหูดังนี้ 2.1 ถ้าเก็บบยาไว้ในตู้เย็นควรปรับอุณหภูมิของยาให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิร่างกาย โดยนำมาตั้งไว้ในอุณหภูมิห้องหรือประคบด้วยมือจนได้อุณหภูมิเหมาะสมก่อนใช้ การหยอดยาที่เย็นเกินไปอาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะได้ 2.2 ผู้ป่วยควรนอนตะแคง เอาหูข้างที่จะหยอดยาขึ้นบน



ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	2.3 ทำให้ช่องหูชั้นนอกตรงก่อนโดยดึงใบหูไปด้านบนและไปทางด้านหลัง 2.4 หยดยาหยอดหูลงไปในช่องหูชั้นนอก ประมาณ 6 หยดหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ระวังอย่าให้ปากขวยสัมผัสกับหูผู้ป่วย 2.5 นวดบริเวณติ่งหน้าใบหู เพื่อช่วยดันยาไปยังช่องหูชั้นนอกส่วนลึก รวมถึงเข้าไปในหูชั้นกลาง 2.6 นอนตะแคงอยู่ในท่าเดิมประมาณ 5-10 นาที 2.7 ก่อนลุกควรรักษาสำลือดที่ช่องหูชั้นนอกข้างที่หยอดเพื่อให้ยาค้างและสัมผัสอยู่ในช่องหูนานที่สุดประมาณ 20-30 นาทีจึงเอาสำลือกและให้ยาในช่องหูไหลออกมาเองแล้วเช็ดทำความสะอาด 3. แนะนำผู้ป่วยสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดหู เช่น เสียการทรงตัว วิงเวียนศีรษะ มีเสียงดังในหู ปวดหูมาก ช่องหูชั้นนอกบวมแดง มีตุ่มใสขึ้นที่ช่องหูหรือใบหู ถ้ามีอาการดังกล่าวให้หยุดยาหยอดหูทันทีแล้วมาพบแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูซ้ายแห้งสะอาด
ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในหูชั้นในข้างซ้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบแก้วหูซ้ายบวมแดง มีน้ำใสๆ ไหลออกจากหูซ้าย 2. วัดอุณหภูมิได้เท่ากับ 37.8 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในหูชั้นในข้างซ้าย เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล 1. วัดอุณหภูมิได้น้อยกว่า 37.8 องศาเซลเซียส 2. ไม่พบอาการที่แสดงว่ามีกรติดเชื้อของหูชั้นใน ข้างซ้าย ได้แก่ การเวียนศีรษะ หน้าบ้านหรือเพดานหมุน คลื่นไส้ อาเจียน เสียการทรงตัว เดินเซ ตากระตุก กิจกรรมการพยาบาล 1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยา Augmentin 1 grn 1 เม็ด รับประทานหลังอาหาร 15 นาที เข้า เย็น แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและสังเกตอาการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้น ลมพิษ แขนงหน้าอก ปากบวม หน้าบวม หรือหายใจลำบาก ถ้ามีอาการดังกล่าวให้หยุดรับประทานยาและรีบมาพบแพทย์ทันที 2. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้สำลีดัดทำความสะอาดหูให้แห้งอยู่เสมอ ห้ามใช้สำลีดัดสำลีดัดเข้าไปในช่องหู แล้วใช้ยาปฏิชีวนะหยอดหู 6 หยด ระวังอย่าให้ปากขวยสัมผัสในช่องหู ในตอนตะแคงอยู่ในท่าเดิมประมาณ 5-10 นาที ก่อนลุกขึ้นให้น้ำสำลือดที่ช่องหูชั้นนอกข้างที่หยอดยา เพื่อให้ยาค้างและสัมผัสอยู่ในช่องหูนานที่สุดเท่าที่จะนานได้ อดไว้นาน 20-30 นาที แล้วเอาสำลือกและเช็ดทำความสะอาดบริเวณรอบๆ หู 3. แนะนำห้ามแคะหูและระวังอย่าให้น้ำเข้าหู เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม 4. แนะนำผู้ป่วยไม่ใช้สิ่งน้ำหนักแรงหรือจามแรงๆ เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ช่องหู 5. แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรคประจำตัว คือ เบาหวานและดื่มน้ำให้เพียงพอ 2-3 ลิตรต่อวัน 6. แนะนำผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อฟื้นฟูตัวเองในช่วงที่มีการติดเชื้อ	ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อลุกลามเข้าไปในหูชั้นในข้างขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบมีหนองในช่องหูขวา มีแก้วหูทะลุ 2. ผู้ป่วยบอกหูขวาอื้อและมีหนองไหลออกจากหูขวาเป็นระยะๆ วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของหูชั้นในข้างขวา เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อของหูชั้นในข้างขวา กิจกรรมการพยาบาล 1. เช็ดทำความสะอาดหูขวาก่อนหยดยาทุกครั้ง เพื่อให้ยาหยอดหูออกฤทธิ์ได้เต็มที่ 2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา Tarivid ear drop หยอดหูซ้าย เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน และยา รับประทาน Rulid 150 mg รับประทานก่อนอาหาร เข้า เย็น สังเกตอาการข้างเคียงและอาการแพ้ยา 3. แนะนำผู้ป่วยให้รักษาความสะอาดทั่วไปโดยเฉพาะห้ามแคะหูหรือใช้สิ่งแปลกปลอมแคะปั่นหูขวา 4. แนะนำไม่ให้น้ำเข้าหู ถ้าอาบน้ำ สระผมให้ใช้สำลีสบซับหูขวาทุกครั้งก่อนอาบน้ำหรือสระผม หรือให้หมวกคลุมผมครอบหูเวลาอาบน้ำ 5. วัดสัญญาณชีพ บันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกทางการแพทย์เพื่อประเมินการติดเชื้อ 6. สังเกตอาการและอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อของหูชั้นในข้างซ้าย ได้แก่ อาการวิงเวียนศีรษะรุนแรง อาเจียน เดินเซ สูญเสียการได้ยิน ถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าว ให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบทันทีหรือกลับมาพบแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อหูชั้นในข้างขวา

ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ ปั่นป่วนหรือเพดานหมุน เดินเซ มีคลื่นไส้ อาเจียน ให้รีบมาพบแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล 1. วัดอุณหภูมิได้เท่ากับ 37.1 องศาเซลเซียส 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติที่แสดงว่ามีการติดเชื้อของหูชั้นในข้างซ้าย ได้แก่ การวิงเวียนศีรษะ ปั่นป่วนหรือเพดานหมุน คลื่นไส้ อาเจียน เสียการทรงตัวเดินเซ ตากระตุก	
ปัญหาที่ 3. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีน้ำใสๆ ไหลออกจากหูซ้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบในหูซ้ายมีน้ำใสๆ ไหลออกมาเป็นระยะๆ 2. ผู้ป่วยบอกรำคาญ ไม่สุขสบาย วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย หูซ้ายแห้งสะอาด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย หูซ้ายแห้งสะอาด กิจกรรมการพยาบาล 1. แนะนำและสาธิตการทำความสะอาดหู ให้ทำความสะอาดเฉพาะภายนอก โดยใช้สำลีชุบน้ำเกลือหมาดๆ เช็ดหรือใช้ไม้พันสำลีเช็ด ห้ามใส่ไม้พันสำลีเข้าไปในช่องหูเพราะอาจนำเชื้อโรคเข้าไปในหู ทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ให้ทำความสะอาดหูบ่อยๆ ทุกครั้งที่มึนน้ำใสๆ ไหลออกมา 2. สอนและสาธิตการหยอดหูดังนี้ 2.1 ถ้าเก็บยาไว้ในตู้เย็นควรปรับอุณหภูมิของยาให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิร่างกาย โดยนำมาตั้งไว้ในอุณหภูมิห้องหรือประคบด้วยมือจนได้อุณหภูมิเหมาะสมก่อนใช้ การหยอดยาที่เย็นเกินไปอาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะได้ 2.2 ผู้ป่วยควรนอนตะแคง เอาหูข้างที่จะหยอดยาด้านบน 2.3 ทำให้ช่องหูขึ้นนอกตรงก่อนโดยดึงใบหูไปด้านบนและไปทางด้านหลัง 2.4 หยอดยาหยอดหูลงไปในช่องหูชั้นนอก ประมาณ 6 หยด ตามแผนการรักษาของแพทย์ ระวังอย่าให้ปากขวดยาสัมผัสกับหูผู้ป่วย 2.5 นวดบริเวณติ่งหน้าใบหู เพื่อช่วยดันยาไปยังช่องหูชั้นนอกส่วนลึก 2.6 นอนตะแคงอยู่ในท่าเดิมประมาณ 5-10 นาที 2.7 ก่อนลุกควรรนสำลีอุดที่ช่องหูชั้นนอกข้างที่หยอดเพื่อให้ยาค้างและสัมผัสอยู่ในช่องหูนานที่สุดประมาณ 20-30 นาทีจึงเอาสำลีออกและให้ยาในช่องหูไหลออกมาเองแล้วเช็ดทำความสะอาด 3. แนะนำผู้ป่วยสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดหู เช่น เสียการทรงตัว วิงเวียนศีรษะ มีเสียงดังในหู ปวดหูมาก ช่องหูชั้นนอกบวมแดง มีตุ่มใสขึ้นที่ช่องหูหรือใบหู ถ้ามีอาการดังกล่าวให้หยุดยาหยอดหูทันทีแล้วมาพบแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูซ้ายแห้งสะอาด	ปัญหาที่ 3. ความสามารถในการสื่อสารลดลง เนื่องจากหูซ้ายหนวก หูขวาอื้อ ข้อมูลสนับสนุน 1. หูขวามีแก้วหูทะลุ มีหนองในช่องหูขวา 2. ผู้ป่วยบอกหูซ้ายไม่ได้ยิน หูขวาอื้อได้ยินไม่ชัดเจน วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้มีการสื่อสารที่ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสิ่งที่คนอื่นต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย 2. พยาบาลและคนอื่นๆ เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสาร กิจกรรมการพยาบาล 1. การสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ 2. ขณะพูดคุยกับผู้ป่วยให้พูดตรงหน้าหรือยื่นให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ชัดและอยู่ใกล้ เพื่อผู้ป่วยจะได้มองเห็นปากผู้พูดซึ่งจะช่วยให้เข้าใจได้ชัดขึ้น 3. ไม่ควรรีบร้อนในการพูด ควรพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างช้าๆ ชัดเจนและอาจต้องพูดซ้ำ 4. พูดด้วยประโยคสั้นๆ ไม่ควรพูดประโยคยาวๆ หรือคำศัพท์ยากๆ ในการสนทนากับผู้ป่วย 5. ใช้กิริยาท่าทางประกอบการสนทนากับผู้ป่วย เช่น การพยักหน้า การส่ายหน้า การใช้มือ การแสดงออกทางสีหน้า 6. ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจในเรื่องที่พูดคุยอย่าแสดงท่าทางรำคาญ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล 7. แนะนำให้ผู้ป่วยเขียนหนังสือในการสื่อสาร เนื่องจากกลไกการได้ยินผิดปกติ ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสิ่งที่พยาบาลและผู้ดูแลต้องการสื่อสารกับผู้ป่วย 2. พยาบาลและผู้ดูแลเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสาร
ปัญหาที่ 4. วิตกกังวลกลัวหูซ้ายหนวกเนื่องจากการได้ยินลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบแก้วหูซ้าย บวมแดง ติ่ง ไม่สะท้อนแสง 2. มีน้ำใสๆ ไหลออกจากหูซ้าย	ปัญหาที่ 4. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดแก้วหูขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ มาก่อน 2. ผู้ป่วยสอบถามว่าต้องทำอะไร



ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3.ผู้ป่วยบอกหุซัยฮ์ได้อินไม่ชัด วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายพยาธิสภาพของโรคหุซัยฮ์กลางอกเสปให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฟัง ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ให้ดูรูปภาพประกอบคำอธิบาย 2.บอกแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การใช้ยาฆ่าเชื้อ การรักษาด้วยการผ่าตัด ผลดีของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเมื่อรับการผ่าตัด การดูแลตนเองต่อที่บ้าน การมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาต่อเนื่อง 3.ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล	วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดได้ถูกต้อง 2.เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล 1.ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้กำลังใจ ตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย 2.อธิบายพยาธิสภาพของโรคและขั้นตอนในการผ่าตัดของแพทย์พอสังเขป เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ ร่วมมือในขณะผ่าตัด 3.แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด ตามขั้นตอนดังนี้ 3.1 วันก่อนผ่าตัด แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปได้แก่ การสระผม ฟอกหน้า ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นและสะอาด เพื่อป้องกัน การติดเชื้อ 3.2 พยาบาลดูแลโกนผมหลังในหุซัยฮ์ประมาณ 1/2 - 1 นิ้ว เพื่อเตรียมบริเวณที่จะผ่าตัด ลดการ กักเก็บเชื้อโรค 3.3 แนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าหลังผ่าตัดจะมีแผลที่หลังหุซัยฮ์และมีวัสดุที่ใช้ในการจัดแก้หุซัยฮ์ให้เข้าที่อยู่ในช่องหุซัยฮ์ ผู้ป่วยจะมีอาการหุซัยฮ์ ได้อินไม่ชัด เนื่องจาก มีวัสดุในการจัดแก้หุซัยฮ์ให้เข้าที่อุดอยู่เต็มช่องหุซัยฮ์ 3.4 แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น เวียนศีรษะ ถ้ามีอาการเวียนศีรษะควรแจ้งให้พยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที 3.5 แนะนำให้ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์จะนัดตัดไหมหลังหุซัยฮ์ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด ส่วนวัสดุที่ใส่ไว้ในช่องหุซัยฮ์แพทย์จะเอาออกภายใน 1-2 สัปดาห์ ประเมินผลการพยาบาล 1.ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัว รับการผ่าตัดได้ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
ปัญหาที่ 5. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดเจาะแก้หุซัยฮ์ และใส่ท่อระบายหุซัยฮ์ ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆ มาก่อน 2.ผู้ป่วยสอบถามว่าต้องทำอะไร วัตถุประสงค์ 1.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดได้ถูกต้อง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล 1.ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล	

ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าก่อนผ่าตัดให้สระผมและฟอกหน้า ตัดเล็บมือให้สะอาด เพื่อลดการติดเชื้อโรค 3.แนะนำอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในการรับการผ่าตัดเจาะแกวหูและใส่ท่อระบายน้ำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ เพื่อความร่วมมือลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด โดยมีขั้นตอนดังนี้ 3.1 เมื่อผู้ป่วยอยู่บนเตียงผ่าตัด ให้นอนหงายไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าให้หูข้างซ้ายอยู่ด้านบน แพทย์จะปรับกล้องให้ส่องตรงกับช่องหูพอดี ใช้ผ้าคลุมตัวผู้ป่วย 3.2 ให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ในท่าที่จัดไว้ จนกว่าจะทำการผ่าตัดเสร็จ แพทย์จะฉีดยาชา ตูมบ้าในหูออก เจาะแกวหูวางท่อระบายน้ำ ถ้ามีอาการปวดให้ผู้ป่วยใช้วิธีพูดตอบ เพื่อแพทย์พิจารณาเพิ่มยาชาให้ ห้ามสั่นศีรษะหรือพยักหน้า เพราะจะทำให้ระยะกล้องที่ปรับไว้คลาดเคลื่อน หากมีอาการเวียนศีรษะ เจ็บ รู้สึกไม่สบายจนทนไม่ได้ ในขณะทำการผ่าตัด กรุณาแจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อที่จะได้หยุดทำการผ่าตัด 3.3 หลังผ่าตัดถ้ามีอาการเวียนศีรษะให้แจ้งพยาบาลและให้นอนพักประมาณ 15-30 นาที 4.หลังผ่าตัดห้ามสั่งน้ำมูก ไอ จาม แรงๆ เพื่อป้องกันท่อระบายหลุด 5.แนะนำสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการเจาะแกวหูและใส่ท่อระบาย ได้แก่ ปวดหู เวียนศีรษะ มีไข้สูง มีหนองไหลออกจากหู ให้กลับมาพบแพทย์ทันที ประเมินผลการพยาบาล 1.ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวรับการผ่าตัดและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2.ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด	
2. การพยาบาลหลังผ่าตัด เจาะแกวหูและใส่ท่อระบายหูซ้าย ปัญหาที่ 1. ไม่สุขสบายจากปวดหูซ้ายเนื่องจากเนื้อเยื่อเกิดการอักเสบ เมื่อได้รับการผ่าตัดหูซ้าย ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเจาะแกวหูและใส่ท่อระบายหูซ้าย ด้วยวิธีการฉีดยาชาเฉพาะที่ 2.ผู้ป่วยบอกว่าปวดหูซ้าย (Pain score อยู่ในระดับ 2) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย หลีกเลี่ยงการปวดหูซ้าย เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หลีกเลี่ยงการปวดหู (Pain score อยู่ในระดับ 1) กิจกรรมการพยาบาล 1.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนหมอน แนะนำไม่ให้นอนทับหูข้างซ้ายที่ผ่าตัด เพื่อลดการกดทับแผล 2.ให้ยาแก้ปวด Paracetamol 500 mg 1 เม็ด รับประทานเวลาปวด ห่างกันทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการแพ้ยา 3.แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน อาหารที่เคี้ยวง่าย ให้เคี้ยวอาหารด้านขวา เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลที่หูซ้าย 4.เช็ดทำความสะอาดหูก่อนหยอดยาตามหลักปลอดเชื้อ 5.สังเกตอาการผิดปกติของแผลที่หูซ้าย เช่น มีเลือดออก มีหนองไหล ถ้าพบรายงานแพทย์ทันที	2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดปะแกวหูขวา ปัญหาที่ 1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดที่หูขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดปะแกวหูขวา มีแผลผ่าตัดที่หลังใบหูขวา 2.ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดที่หูขวา (Pain score อยู่ในระดับ 2) วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสุขสบาย หลีกเลี่ยงการปวดแผลที่หูขวา เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หลีกเลี่ยงการปวดแผลผ่าตัดที่หูขวา (Pain score อยู่ในระดับ 1) กิจกรรมการพยาบาล 1.อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลการผ่าตัด ทำให้มีการฝึกหัดของเนื้อเยื่อและเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบางส่วน ทำให้เกิดอาการปวดแผลผ่าตัดหูขวา 2.แนะนำให้นอนพักผ่อนบนเตียง โดยนอนหงายราบหรือนอนตะแคงทับข้างซ้ายที่ไม่ได้ผ่าตัด เพื่อลดแรงกดที่จะเกิดกับแผลผ่าตัดซึ่งจะทำให้ปวดแผลมากขึ้น 3.การดูแลให้ยา Paracetamol 500 mg รับประทาน 1 เม็ดเวลาปวด ห่างกันทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ลงบันทึกการให้ยาและบันทึกทางการพยาบาล 4.ตรวจเย็บแผลการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ประเมินผลการพยาบาล



ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6.แนะนำผู้ป่วยห้ามแคะหู ปั่นหู เพื่อป้องกันท้อระบายหลุด แก้วหู กระทบกระเทือนและป้องกันการติดเชื้อ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูเลาอาการปวดหูหาย (Pain score อยู่ในระดับ 1)	ผู้ป่วยสุขสบาย หูเลาอาการปวดแผลผ่าตัดหูขวา (Pain score อยู่ในระดับ 1)
ปัญหาที่ 2. ไม่สุขสบายจากมีน้ำในไซ้ ไหลออกจากหูซ้าย ข้อมูลสนับสนุน 1. ตรวจพบแก้วหูซ้ายมีท้อระบายใสคาไว้ 2. ตรวจพบมีน้ำในไซ้ ไหลออกจากหูซ้ายของผู้ป่วย 3. ผู้ป่วยบอมน้ำในไซ้ ไหลออกจากหูซ้ายเป็นบางครั้ง วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย หูซ้ายแห้งสะอาด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูซ้ายแห้งสะอาด กิจกรรมการพยาบาล 1. เช็ดทำความสะอาดดูแลแผลที่หูซ้ายของผู้ป่วยด้วยหลักปลอดเชื้อ โดย เช็ดทำความสะอาดทุกครั้งก่อนหยอดยาหยอดหู 2. ดูแลแนะนำไม่ให้ใช้น้ำเข้าหูอย่างเด็ดขาดจนกว่าจะหาย 3. แนะนำผู้ป่วยให้เช็ดทำความสะอาดหูเฉพาะภายนอก ห้ามแคะ ปั่นหรือ นำสิ่งแปลกปลอมใดๆ เข้าไปในช่องหู เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อหรือ ท้อระบายหลุด 4. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ใช้น้ำมูกแรงๆหรือไอ จามแรงๆ เพราะอาจทำให้ท้อ ระบายที่คาไว้ที่แก้วหูหลุด 5. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการ ถ้ามีหนองไหลหรือเลือดไหลออกมาให้แจ้ง พยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที 6. ให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการแพ้ยา หรืออาการข้างเคียงจากการใช้ยา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย หูซ้ายแห้งสะอาด	ปัญหาที่ 2. เสี่ยงต่อเนื้อเยื่อที่ปะแก้วหูขวาไว้หลุด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดปะแก้วหูขวา วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อที่ปะแก้วหูขวาไว้หลุด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล แก้วหูขวาที่ปะไว้ติดดี ไม่หลุดออก กิจกรรมการพยาบาล 1. กลับจากห้องผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยและจะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากเปลนอนลงเตียง ควรทำด้วยความระมัดระวัง ช่วยประคองศีรษะเพื่อ ป้องกันไม่ให้ศีรษะและหูได้รับการกระทบกระเทือน ซึ่งอาจทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อน วัสดุที่ใช้ในการจัดเยื่อแก้วหูให้เข้าที่หลุดออก 2. ใน 2 วันแรกหลังผ่าตัด ควรรับประทานอาหารอ่อน ต่อไปจึงรับประทานอาหาร อาหารธรรมดา แนะนำผู้ป่วยเคี้ยวอาหารด้านซ้าย 3. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้สั่งน้ำมูกแรงๆ หรือจามแรงๆ เนื่องจากแรงดันที่ เพิ่มขึ้นจะทำให้วัสดุที่ใช้ในการ จัดเยื่อแก้วหูให้เข้าที่หลุดออก 4. แนะนำผู้ป่วย 2-3 วันแรก สามารถทำงานได้ แต่ห้ามยกของหนักเกิน 50 กิโลกรัม หรือต้องออกแรงดึงและก้มมากเกินไป อย่างน้อย 3 สัปดาห์ 5. ห้ามแคะหรือปั่นหูซ้ายโดยเด็ดขาด ประเมินผลการพยาบาล แก้วหูขวาที่ปะไว้ติดดี ไม่หลุดออก
ปัญหาที่ 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในหูซ้ายเนื่องจากมีท้อระบายคาไว้ที่แก้ว หู ข้อมูลสนับสนุน มีท้อระบายเจาะผ่านแก้วหูซ้ายและคาไว้ตลอด แพทย์จะพิจารณาเอา ออก เมื่อหูแห้งหรือปล่อยให้หลุดออกเอง ประมาณ 3-6 เดือน วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในหูซ้าย เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล 1. หูซ้ายแห้ง ไม่มีหนอง 2. อุณหภูมิในร่างกายน้อยกว่า 37.8 องศาเซลเซียส กิจกรรมการพยาบาล 1. ดูแลหูซ้ายเช็ดทำความสะอาดหูซ้ายของผู้ป่วย ด้วยหลักปลอดเชื้อ 2. สังเกตสารคัดหลั่งที่ออกจากหูซ้าย ถ้ามีหนองไหลออกมาให้รายงาน แพทย์ทันที 3. วัดสัญญาณชีพและอุณหภูมิผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง บันทึกลงในบันทึก ทางการพยาบาล 4. ดูแลและแนะนำไม่ให้ใช้น้ำเข้าหูซ้ายอย่างเด็ดขาดจนกว่าจะหาย	ปัญหาที่ 3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหูขวา ข้อมูลสนับสนุน 1. มีแผลผ่าตัดปะแก้วหูขวา 2. มีแผลผ่าตัดที่หลังใบหูขวา วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหูขวา เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล 1. แผลผ่าตัดที่หลังใบหูขวา ไม่บวมแดง แผลแห้ง 2. ไม่มีหนองไหลออกจากช่องหูขวา 3. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.8 องศาเซลเซียส กิจกรรมการพยาบาล 1. ทำแผลที่หลังใบหูขวา โดยใช้หลักเทคนิคการปลอดเชื้อด้วย 70% Alcohol และ 0.9 Normal saline อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง 2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยรายนี้ได้รับ Augmentin 1 gm รับประทานหลังอาหาร ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเข้า เย็นและสังเกตอาการข้างเคียง อาการแพ้ยา 3. แนะนำและดูแลผู้ป่วยให้รักษาความสะอาดทั่วไป โดยเฉพาะห้ามเช็ด หรือหยอดยาในช่องหูขวา และระวังอย่าให้หูขวาเปียกน้ำ งดสระผม 1 สัปดาห์

ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
5. แนะนำให้ผู้ป่วยเช็ดทำความสะอาดหูซ้ายเฉพาะภายนอก ห้ามแคะ บั่น หู หรือนำสิ่งแปลกปลอมใดๆ เข้าไปในช่องหูซ้าย เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าไปในหูซ้าย 6. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยสั่งน้ำมูกแรงๆ หรือไอจามแรงๆ เนื่องจากแรงดันที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ช่องหู 7. ดูแลความสะอาดของปากและฟัน เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ช่องหู 8. แนะนำการป้องกันน้ำเข้าหูซ้าย โดยใช้สำลีขบวาล์วสลับปิดช่องหูซ้ายก่อนอาบน้ำหรือสระผม 9. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน คอแข็ง ปากเบี้ยว หน้าเบี้ยว ต้องรีบแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่หูซ้าย อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 37.1 องศาเซลเซียส หูซ้ายแห้ง ไม่มีหนองไหล	4. ประเมินและสังเกตแผลที่หลังใบหูขวา โดยการตรวจสอบลักษณะของแผล สิ่งที่ไม่ไหลออกจากช่องหูขวา ลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล เพื่อประเมินอาการและการแสดงของการติดเชื้อ ถ้าตรวจพบอาการผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษา 5. ตรวจสอบวัดอุณหภูมิและสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง ลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล เพื่อประเมินการติดเชื้อ ประเมินผลการพยาบาล ไม่มีภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดหูขวา แผลผ่าตัดที่หลังใบหูขวา แห้งดี ไม่มีบวมแดง ไม่มีหนองไหลออกจากช่องหูขวา
ปัญหาที่ 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหูซ้ายเป็นครั้งแรก 2. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามถึงการปฏิบัติตัว วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจ สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ มีความมั่นใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัว ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ 2. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ 2.1 Disease การให้ความรู้เรื่องโรคหูชั้นกลางอักเสบถึงสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อดีของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ 2.2 Medication แนะนำการใช้ยาที่ได้รับเมื่อกลับบ้านอย่างถูกต้อง ได้แก่ 2.2.1 การใช้ยาหยอดหู ควรปรับอุณหภูมิของยาให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิของร่างกาย ถ้าเก็บยาไว้ในตู้เย็นควรนำมามาตั้งไว้ในอุณหภูมิห้องหรือประคบด้วยมือจนอุณหภูมิพอเหมาะก่อนใช้ การหยอดยาหูที่เย็นเกินไปอาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะได้ 2.2.2 ควรทำความสะอาดหูชั้นนอกก่อนสิ่งสกปรกหรือหนองควรเช็ดออกก่อน โดยใช้สำลีเช็ดออกแต่ห้ามปั่นหรือแหย่เข้าไปในช่องหู 2.2.3 ผู้ป่วยนอนตะแคงเอาหูข้างซ้ายขึ้นข้างบน ทำให้ช่องหูชั้นนอกตรงก่อนโดยดึงใบหูไปด้านบนและไปทางด้านหลัง แล้วหยอดยาหยอดหู 6 หยดหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ ระวังอย่าให้ปากขูดยาสัมผัสกับหูผู้ป่วย 2.2.4 นวดบริเวณติ่งหน้าใบหู เพื่อช่วยดันยาไปยังช่องหูชั้นนอกส่วนลึกไปถึงแก้วหู 2.2.5 นอนตะแคงอยู่ในท่าเดิม ประมาณ 5-10 นาที ก่อนลุกขึ้นควรนำสำลีอุดที่ช่องหูชั้นนอกข้างที่หยอดหู เพื่อให้ยาค้างและสัมผัสอยู่ในช่อง	ปัญหาที่ 4. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลสอบถามว่า กลับไปบ้านแล้วทำงานได้หรือไม่ จะต้องพักนานเท่าไร 2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหูครั้งแรก วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลตนเองร่วมกันขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความมั่นใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัว ทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้และขอความช่วยเหลือ 2. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D ดังนี้ 2.1 Disease ให้ความรู้เรื่องโรคหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง สาเหตุ อาการ การรักษาด้วยการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจ โดยเฉพาะข้อดีของการผ่าตัด การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง 2.2 Medication แนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อกลับบ้านอย่างถูกต้อง ได้แก่ Augmentin 1 gm รับประทาน 1 เม็ด หลังอาหาร 15 นาที เช้า เย็น เป็นยาปฏิชีวนะใช้ในการฆ่าเชื้อโรค ให้ผู้ป่วยรับประทานต่อเนื่องจนยาหมด แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการแพ้ยา เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อึด มีผื่นคันตามตัว ถ้ามีอาการดังกล่าวให้หยุดยาและกลับมาพบแพทย์ Pseudoephedrine 30 mg รับประทานหลังอาหาร 1 เม็ด เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดในจมูกและหูชั้นในหดตัว เพื่อลดการเกิดอาการคัดจมูก แน่นจมูกและป้องกันการเกิดท่อระบายของเหลวหูชั้นในอุดตัน Chlorpheniramine รับประทานหลังอาหาร 1 เม็ด เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน เป็นยาแก้แพ้ ช่วยลดสารคัดหลั่ง ลดอาการจาม ลดอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ควรรับประทานยาจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ 2.3 Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่สะอาด เช่น ปลูกหมอน ผ่าปูนที่นอนควรซักให้สะอาดและผึ่งแดดสม่ำเสมอ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยรู้ตัวล่วงหน้าก่อน พูดซ้ำชัดเจนไม่ต้องตะโกน



ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
หุนานที่สุดเท่าที่จะนานได้ แล้วให้น้ำสาโลออกได้หลังจากนั้น 20-30 นาที ให้อยู่ในห้องหุไหลออกมาเองแล้วเช็ดทำความสะอาดบริเวณหุซ่าย 2.2.6 แนะนำสังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยาหยอดหุ เช่น อาการเวียนศีรษะ มีเสียงดัง หูอื้อมากขึ้น สูญเสียการทรงตัว ปวดหุ และมีผื่นแพ้ที่ผิวหนังของหุซ่ายนอกและใบหุ ควรหยุดยาทันทีแล้วรีบมาพบแพทย์ 2.2.7 ประเมินความรู้ ทักษะการหยอดยาหุหลังให้คำแนะนำ 2.2.8 รับประทานยาปฏิชีวนะและยาอื่นๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ครบ 2.3 Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 2.3.1 ให้มีแสงสว่างเพียงพอในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ควรกระตุ้นให้รู้ตัวล่วงหน้าก่อน พูดชัดเจนน ไม่ต้องตะโกน แสดงท่าทางประกอบให้ผู้ป่วยเห็นหน้า อ่านริมฝีปาก ใช้คำน้อยพยางค์ คำโดดๆ ไม่แสดงท่าทางเบื่อหน่าย 2.3.2 การรักษาความสะอาดของปลอกหมอน ที่นอนให้ทำความสะอาด ผึ่งแดดบ่อยๆ 2.4 Treatment อธิบายชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับผลลัพธ์ของการได้ยิน ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังเมื่อเกิดขึ้นต้องรีบมาพบแพทย์ทันที เช่น มีไข้สูง คลื่นไส้อาเจียน ปวดหุมาก ปากเบี้ยว หน้าชา คอแข็ง ปวดศีรษะ มีหนองไหลออกจากหุ 2.5 Health แนะนำผู้ป่วยรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ได้แก่ 2.5.1 การดูแลอย่าให้น้ำเข้าหุเวลาอาบน้ำ สระผม ควรใช้สำลีชุบน้ำสลิ้นอุดหุไว้เพื่อป้องกันน้ำเข้าหุ หรือเวลาอาบน้ำใช้หมวกคลุมผมปิดหุด้วย 2.5.2 ดูแลตนเองอย่าให้เป็นหวัด ถ้าเป็นหวัดควรรีบมาพบแพทย์เพื่อรักษาทันที 2.5.3 หลังผ่าตัด 2-3 วัน สามารถกลับไปทำงานได้ แต่ห้ามทำงานหนักที่ใช้แรงในการยกของที่หนักเกิน 50 กิโลกรัม หรือออกแรงดึงและก้มมากเกินอย่างน้อย 3 สัปดาห์ 2.5.4 รักษาความสะอาดช่องปากฟัน และความสะอาดบริเวณใบหุ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ หุของหุ 2.5.5 อาจมีอาการภาวะความไม่สุขสบายในหุของหุได้บ้าง ให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่ถ้ามีอาการเจ็บปวดรุนแรงควรรีบมาพบแพทย์ทันที 2.5.6 3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ห้ามสั่งน้ำมูก เพื่อป้องกันท่อระบายหลุด 2.5.7 อาจมีน้ำเหลืองใส ซึมออกจากหุ แต่ถ้ามีลักษณะเป็นหนองควรกลับมาพบแพทย์ทันที 2.6 Outpatient referral แนะนำให้ผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง เพราะแพทย์ต้องตรวจหุเป็นระยะๆ เพื่อติดตามการรักษาจนกว่าท่อระบายจะหลุดโดยใช้เวลาประมาณ 3 เดือนถึง 6 เดือน 2.6.1 แนะนำผู้ป่วยติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีขอความช่วยเหลือ เช่น สำลีสลัดเชื้อมหุหรือขอความช่วยเหลืออื่นๆ เบื้องต้น 2.7 Diet แนะนำเรื่องโภชนาการสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามปกติ หลีกเลี่ยงอาหารแข็งๆ เหนียวๆ ที่ต้องออกแรงเคี้ยวมาก เพราะอาจกระทบกระเทือนแผลในหุ 2.7.1 แนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากใย ย่อยง่าย และดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อย 3 ลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ความมั่นใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	แสดงท่าประกอบให้ผู้ป่วยเห็นหน้า อ่านริมฝีปากใช้คำน้อยพยางค์ คำโดดๆ ไม่แสดงท่าทางเบื่อหน่ายหรือสื่อสารด้วยการเขียนหนังสือ 2.4 Treatment การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับคือ การผ่าตัดปะแก้วหุ ประโยชน์ที่จะได้รับคือ การได้ยินผู้ป่วยจะดีขึ้นและโอกาสกลับมาเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบซ้ำอีกครั้งจะน้อยลง ภาวะแทรกซ้อนที่ผู้ป่วยต้องสังเกตและต้องมาพบแพทย์ทันทีเมื่อเกิดอาการเหล่านี้ ได้แก่ อาการไข้สูง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหุมาก ปากเบี้ยวหน้าชา คอแข็ง ปวดศีรษะ มีหนองไหลออกจากหุของหุ 2.5 Health แนะนำผู้ป่วยรักษาความสะอาดร่างกายทั่วไป ได้แก่ 2.5.1 การดูแลอย่าให้น้ำเข้าหุเวลาอาบน้ำ สระผม ควรใช้สำลีชุบน้ำสลิ้นอุดหุไว้เพื่อป้องกันน้ำเข้าหุ หรือเวลาอาบน้ำใช้หมวกคลุมผมปิดหุด้วย 2.5.2 ดูแลตนเองอย่าให้เป็นหวัด ถ้าเป็นหวัดควรรีบมาพบแพทย์เพื่อรักษาทันที 2.5.3 หลังผ่าตัด 2-3 วัน สามารถกลับไปทำงานได้ แต่ห้ามทำงานหนักที่ใช้แรงในการยกของที่หนักเกิน 50 กิโลกรัม หรือออกแรงดึงและก้มมากเกินอย่างน้อย 3 สัปดาห์ 2.5.4 รักษาความสะอาดช่องปาก ฟันและความสะอาดบริเวณใบหุ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่หุของหุ 2.5.5 ถ้ามีอาการไม่สุขสบายในหุของหุและปวดแผลที่หลังใบหุ ให้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่ถ้ามีอาการเจ็บปวดรุนแรงควรรีบมาพบแพทย์ทันที 2.5.6 3 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ห้ามสั่งน้ำมูก เพื่อป้องกันวัสดุที่ปะแก้วหุหลุด 2.6 Outpatient referral แนะนำให้ผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง เพราะแพทย์ต้องตรวจหุเป็นระยะๆ เพื่อติดตามการรักษาจนกว่าท่อระบายจะหลุดโดยใช้เวลาประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี 2.6.1 แนะนำผู้ป่วยติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีขอความช่วยเหลือ เช่น สำลีสลัดเชื้อมหุหรือขอความช่วยเหลืออื่นๆ เบื้องต้น 2.7 Diet แนะนำเรื่องโภชนาการสามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิดตามปกติ หลีกเลี่ยงอาหารแข็งๆ เหนียวๆ ที่ต้องออกแรงเคี้ยวมาก เพราะอาจกระทบกระเทือนแผลในหุ 2.7.1 แนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากใย ย่อยง่าย และดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อย 3 ลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันอาการท้องผูก ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ความมั่นใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ตารางที่ 1 ปัญหาการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	
	ปัญหาที่ 5. ความสามารถในการสื่อสารลดลง เนื่องจากหูซ้ายหนวก หูขวาได้ยินไม่ชัด ข้อมูลสนับสนุน 1.หูขวาได้รับการผ่าตัดปะแก้วหู มีวัสดุอุดไว้ในช่องหู เพื่อป้องกันแก้วหูที่ปะไว้หลุดทำให้หูขวาได้ยินไม่ชัด 2. ผู้ป่วยบอกหูได้ยินไม่ชัด วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้มีการสื่อสารได้ประสิทธิภาพมากที่สุด เกณฑ์ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสิ่งที่คนอื่นต้องการสื่อสาร 2. พยาบาลและคนอื่นๆ เข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสาร กิจกรรมการพยาบาล 1. การสื่อสารพูดคุยกับผู้ป่วยควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ 2. ขณะพูดคุยกับผู้ป่วยให้พูดตรงหน้าหรือยื่นให้ผู้ช่วยมองเห็นชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้มองเห็นปากผู้พูดซึ่งจะช่วยให้เข้าใจได้ดีขึ้น 3. ไม่ควรรีบร้อนในการพูด ควรพูดกับผู้ป่วยอย่างช้าๆ ชัดเจนและอาจต้องพูดซ้ำ 4. พูดด้วยประโยคสั้นๆ ไม่ควรพูดประโยคยาวๆ หรือคำศัพท์ยากๆ ในการสนทนา 5. ใช้กิริยาท่าทางประกอบการสนทนากับผู้ป่วย เช่น การพยักหน้า การส่ายหน้า การใช้มือ การแสดงออกทางสีหน้า 6. ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจในเรื่องที่พูดคุยอย่าแสดงท่าทางรำคาญเพราะจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวล 7. แนะนำผู้ป่วยเขียนหนังสือประกอบการสื่อสารใช้รูปภาพหรือสัญลักษณ์ช่วยในการสื่อสาร ประเมินผลการพยาบาล 1. ผู้ป่วยสามารถเข้าใจสิ่งที่คนอื่นต้องการสื่อสาร 2. พยาบาลและคนอื่นๆ เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสาร

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบชนิดมีน้ำขังหลังแก้วหูข้างซ้าย แรกได้รับการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้จักตนเอง และอัตมโนทัศน์ จากความวิตกกังวล กลัวหูซ้ายหนวก เนื่องจากการได้ยินลดลงเฉียบพลัน และมีปัญหาด้านร่างกายคือ หูซ้ายอื้อ ปวดหูมีน้ำใสๆไหลออกจากหูซ้าย แพทย์วินิจฉัยว่า ผู้ป่วยเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบชนิดมีน้ำขังหลังแก้วหู ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ และได้ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดหูซ้าย จากปัญหาที่พบ ผู้ศึกษาได้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้ในการ

ดูแลผู้ป่วย ควบคู่กับกระบวนการพยาบาล นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม รูปแบบการจัดการโรคเรื้อรังมาใช้ในการพยาบาลตามลำดับปัญหาสำคัญเร่งด่วน เมื่อให้การรักษายาแล้ว ผลการศึกษาพบว่า หูซ้ายได้ยินปกติ ตรวจการได้ยินอยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 20 เดซิเบล

ผู้ป่วยในกรณีศึกษาที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังข้างขวา แรกรับจากการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้และการดูแลสุขภาพ การเจ็บป่วยของตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการหูขวาอื้อ มีน้ำใสๆ ไหลออกจากหูขวา เป็นๆ หายๆ มา 2 ปีแต่ไม่ได้

รับการรักษาจนกระทั่งเป็นหนองไหลออกมาจากหูขวา หูอื้อมาก มีไข้ต่ำๆ จึงมาโรงพยาบาล ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ มีหนองไหลออกจากหูขวา แก้วหูทะลุ 40 เปอร์เซ็นต์ หูอื้อมาก มีไข้ต่ำๆ ปัญหาด้านสติปัญญา และการรับรู้ เนื่องจากหูซ้ายหนวก หูขวาอื้อมาก ทำให้ การได้ยินบกพร่อง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหูชั้นกลางอักเสบเรื้อรังข้างขวา ได้รับยาปฏิชีวนะรักษาการติดเชื้อ นัดติดตามการรักษาทุก 1 เดือน จนหนองในหูแห้ง ไม่พบการติดเชื้อ แพทย์จึงทำการรักษาด้วยการผ่าตัดปะ แก้วหูขวา จากปัญหาที่พบผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองรูปแบบการจัดการโรคเรื้อรัง มาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยควบคู่กับการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ พยาบาลแก้ไขปัญหาสภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เพื่อให้การรักษาพยาบาลแล้ว ผลการศึกษาพบว่า หู ขวามีได้ยินปกติ ตรวจการได้ยินอยู่ในระดับปกติ เท่ากับ 23 เดซิเบล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การได้ยิน ปกติ ระดับการได้ยิน อยู่ระหว่าง 20-23 เดซิเบล ไม่มี ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ เชื่อมั่นในโรงพยาบาลและลด ภาระงบประมาณของประเทศที่จะต้องสูญเสียไปกับการ ใช้จ่ายในการดูแลช่วยเหลือผู้พิการทางการได้ยินผู้ป่วย หูชั้นกลางอักเสบเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน อย่างน้อย 6 เดือน – 1 ปี สิ่งจำเป็นที่พยาบาลต้อง เตรียมคือ ความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพื่อ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลการรักษา และควรมีการ พัฒนาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยหูชั้นกลางอักเสบให้ ครอบคลุมเป็นแบบเครือข่าย เพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วย ทุกมิติทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ

เอกสารอ้างอิง

- กิตติรัตน์ อังคนนท. (2561). โรคหู คอ จมูกที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.เรือนแก้วการพิมพ์.
- ชนิษฐา นาคะ, เทยรัตน แสงจันทร์. (2559). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: บริษัท นิโอพ้อยท์ (1995) จำกัด.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2556). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณ์
- ธีรพร รัตนเอนกชัย, สุภาภรณ์ ศรีร่มโพธิ์ทอง. (2557). ตำราหู คอ จมูก สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3.
- ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- นิตยา สมบัติแก้ว, เดือนทิพย์ เขมโสภาส. (2558). การพยาบาลพื้นฐาน: หลักการและแนวคิด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2560). “บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง” วารสารการพยาบาลสงขลานครินทร์. 37(2):154-159: เมษายน-มิถุนายน.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2559). การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3.ขอนแก่น: หจก.โรง พิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิชิต สิริไตรย์, สายสวาท ไชยเศรษฐ์, สุวิชา อิศราดีสัยกุล. (2555). ตำราหู คอ จมูก สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: Trick Think
- พรศิริ พันธสี. (2555). กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์ อักษร จำกัด.
- ภาควิชา โสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2560). หูชั้นใน. พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ. (2556). กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บพิตรการพิมพ์ จำกัด.
- วิฑูร ลิเกติก้อง, วันดี ไช่มุกด์, กรองทอง วงศ์ศรีตรัง. (2559). ตำราหู คอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- วรภรณ์ บุญเชียง, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์. (2555). การรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้น เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: พิมพ์นานา.
- ศรีสุนทรา เจริญพิพัฒน์. (2555). การพยาบาลหู คอ จมูก (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: พิมพ์ลักษณ์.
- อรอนันท์ หาญยุทธ. (2557). “กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้” วารสารการพยาบาลทหารบก. 15(3): 137 : กันยายน – ธันวาคม.

การพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรควัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care and Rehabilitation of Pulmonary Tuberculosis patients : case study 2 case

(Received: October 26, 2021; Accepted: November 15, 2021)

รัชณี ไชยดี¹

Rutchanee Chaidee

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรควัณโรคปอด : กรณีศึกษา 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรควัณโรคปอดที่มีโรคซิฟิลิโคซิสร่วมด้วยและผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดที่มีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้ายและมีโรคประจำตัวคือไทรอยด์เป็นพิษ การศึกษาพยาบาลรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ พยาบาลประจำคลินิกวัณโรคและเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพซักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แนวคิด บทบาทหน้าที่การบริหารจัดการรายกรณีของพยาบาลอาชีวอนามัย มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนทำงาน 7 ด้าน มีการติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านและติดตามเยี่ยมดูแลที่บ้าน ผลการศึกษา :

กรณีศึกษาที่ 1 เพศชายอายุ 36 ปี เป็นวัณโรคปอดร่วมกับโรคซิฟิลิโคซิส โรคประจำตัวการทำงานเป็นกลุ่มประชาชนรับงานแกะสลักหินมาทำที่บ้านในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในเขตอำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดร่วมกับโรคซิฟิลิโคซิสจากผลเอ็กซเรย์ปอด(CHEST X RAY PA UPRIGHT) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลตรวจเสมหะ(Sputum AFB 3 วัน) ผลเป็นลบ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด เหนื่อยหอบบางครั้ง เจ็บหน้าอกบางครั้ง น้ำหนักตัวลด แพทย์ให้การรักษาด้วยยาวัณโรค และส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น หลังจากนั้นผู้ป่วยก็ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่นตลอดมาแต่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้นเพราะไม่ไปทานยาไม่ต่อเนื่อง เริ่มมีอาการเหนื่อยหอบเหมือนหายใจไม่อิ่มบางครั้ง ไอแห้งๆครั้ง ไม่มีเสมหะ ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยขอรับยาต้านวัณโรคต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น อาการดีขึ้นได้ลาออกจากการทำงานเพื่อพักรักษาตัวที่บ้าน ขอรับยาต้านวัณโรคต่อที่โรงพยาบาลนาคู

กรณีศึกษาที่ 2 เพศหญิงอายุ 42 ปี เป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดร่วมกับน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย โรคประจำตัวไทรอยด์เป็นพิษ ทำงานที่โรงพยาบาลของรัฐสิทธิจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง ได้รับการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดร่วมกับโรคไทรอยด์เป็นพิษจากผลเอ็กซเรย์ปอด(CHEST X RAY PA UPRIGHT) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รับยาวัณโรคจากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอกเป็นบางครั้ง เหนื่อยหอบบางครั้ง น้ำหนักตัวลดลง 5 – 7 กก.ใน 2 เดือน ได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วันได้รับยาวัณโรคและยาปฏิชีวนะครบ ได้รับการฟื้นฟูสภาพปอดโดยการเป่าไตรโพร์(เครื่องเป่าปอด)อาการดีขึ้น ไม่มีไข้ อาการเหนื่อยหอบลดลง แพทย์ได้จำหน่ายให้กลับบ้าน นัดยาและเอ็กซเรย์ปอดต่อเนื่องทุก 2 เดือน ฟื้นฟูสภาพปอดโดยการเป่าไตรโพร์(เครื่องเป่าปอด)ต่อที่บ้าน ผู้ป่วยมา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยงานอาชีวอนามัยโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตามนัดทุกครั้งมีอาการดีขึ้น ไม่นไอ เป็นน้อยเป็นบางครั้ง ยังรับยาวัณโรคต่อเนื่องที่โรงพยาบาลและได้รับยาวัณโรคจำนวนลดลงหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 เดือน

คำสำคัญ : วัณโรคปอด การพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบบบริการงานอาชีพเวชกรรม

ABSTRACT

This case study aimed to studied nursing and rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis : 2 case studies, selected specifically in pulmonary tuberculosis patients with silicosis. And pulmonary tuberculosis patients with left pleural effusion and congenital thyroid disease. **Medical treatment** collect data from patients, relatives, TB clinic nurses and patient medical records. There was a condition assessment, history taking, physical examination. To know the problems and needs of the patients Nursing diagnosis using Gordon's 11 Health Scheme Patient Assessment Model Concept , Orem's Self-Care Theory , Concepts of roles and duties in case management of occupational health nurses , Occupational Health Nursing Standards on Rehabilitation of Working Persons in 7aspects. There is continuous monitoring and evaluation of nursing outcomes both in the hospital until discharge and home care.

Result ;

Case study 1 : A 36-year-old male with pulmonary tuberculosis with silicosis. Working disease is a group of people who accept stone carving work at home in a village in Na Khu District. Kalasin Province. Screened and diagnosed as pulmonary tuberculosis with silicosis from X-ray results of the lungs (CHEST X RAY PA UPRIGHT) Kalasin Hospital. Sputum test (Sputum AFB 3 days) negative. The patient has a chronic cough, coughing up blood, sometimes breathless. Occasionally chest pain, weight loss, tuberculosis drug treatment. and sent to receive treatment at Srinakarin Hospital, Khon Kaen province. After that, the patient was treated at Srinakarin Khon Kaen Hospital all the time, but the patient's condition did not improve because he did not follow the appointment to receive the medication continuously. Starts to have shortness of breath, like shortness of breath, sometimes coughing away from time to time, no sputum. Follow-up treatment of patients who request anti-tuberculosis drugs at Srinakarin Khon Kaen Hospital His condition improved and he quit his job to stay at home. Continue to request anti-TB drugs at Na Khu Hospital.

Case study 2 : 42-year-old female with pleural tuberculosis with left pleural fluid. Toxic thyroid disease Work at a government hospital, the right to pay directly from the Comptroller General's Department get screened. And diagnosed with pleural tuberculosis together with thyroid toxicity from X-ray results of the lungs (CHEST X RAY PA UPRIGHT) Kalasin Hospital. Received tuberculosis drug from Kalasin Hospital. The patient has a fever, chronic cough, and sometimes chest pain. racers sometimes Weight loss of 5-7 kg in 2 months, was hospitalized for 10 days, received complete TB medication and antibiotics. Rehabilitated the lungs by blowing the tri-four (lung dryer), symptoms improved, no fever, decreased breathlessness. The doctor was sold to go home. Make an appointment to receive medicine and chest X-ray every

2 months. Rehabilitate the lungs by continuing to blow the Tri-Four (lung dryer) at home. Every time the patient came for an appointment, his symptoms improved, not coughing, and sometimes tired. They continued to receive TB medication at the hospital and received a reduced number of tuberculosis drugs after three months of being hospitalized.

Keywords : pulmonary tuberculosis, nursing care, rehabilitation Occupational , Medicine Service System

บทนำ

โรควัณโรคปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด วัณโรคคือโรคติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศจากผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอดและกล่องเสียง การติดเชื้อเกิดจากการหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการไอหรือจาม พูดหรือร้องเพลง การไอหรือจามหนึ่งครั้งสามารถสร้างละอองฝอยได้ถึงล้านละอองฝอย (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2556) ปี 2558 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรครุนแรงระดับโลก ทั้งวัณโรคทั่วไปและเอชไอวี รวมถึงวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคกว่า 13,000 คน และมีอุบัติการณ์การเกิดโรคกว่า 117,000 รายคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 120,000 รายต่อปี ซึ่งในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยเสียชีวิต 12,000 ราย มีปัญหาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ประมาณปีละ 2,200 ราย (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560) สถานพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพ จึงมีความเสี่ยงสูงในการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่บุคคลอื่นๆ ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลผู้ป่วยอื่นๆ และญาติที่เข้ารับบริการสุขภาพในเวลาเดียวกัน (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561) การเรียนรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อ และความเสี่ยงของโรคจะช่วยให้เข้าใจวิธีป้องกันการติดเชื้อชนิดนี้ได้เหมาะสม

พยาบาลอาชีวเวชกรรมเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและประเมินปัจจัย

เสี่ยงต่อสุขภาพของการทำงานและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การสร้างเสริมสุขภาพและบริการฟื้นฟูสภาพคนที่ประสบจากการเจ็บป่วยและอันตรายจากการทำงาน รวมถึงการดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลอาชีวเวชกรรมได้สนใจศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับผลกระทบจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม เพื่อจะได้นำมาเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนางานด้านอาชีวเวชกรรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยวัณโรคปอดให้มีประสิทธิภาพกลับมาใช้งานได้ตามปกติ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเฉพาะราย(case study) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 2 ราย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีโรคอื่นร่วมด้วย คือ ซิโดซิส และผู้ป่วยวัณโรคเยื่อหุ้มปอดร่วมกับน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย มีโรคประจำตัวไทรอยด์เป็นพิษ ที่มารับการตรวจคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพประจำปีกับหน่วยงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การ

รักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนเพื่อให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพคนทำงาน 4 ด้าน มีการประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกรณีผู้ป่วย 2 ราย มีรายละเอียดดังนี้

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชายอายุ 36 ปี เป็นวัณโรคปอดร่วมกับโรคซิลิโคซิส ปฏิเสธโรคประจำตัวทำงานโดยรับงานแกะสลักหินมาทำที่บ้านในหมู่บ้านหนึ่งในเขตอำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์ สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการตรวจคัดกรองตามโครงการการคัดกรองและประเมินสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมกรณีโรคซิลิโคซิสจากกิจการแกะสลักหินในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยความร่วมมือของสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลตรวจสมรรถภาพปอดมีค่าลดลงจากเกณฑ์ปกติ ส่งตรวจที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ผลเอ็กซเรย์ปอด(CHEST X RAY PA UPRIGHT) พบ multiple tiny nodules and reticulonodular infiltration scatter both upper to middle lung fields and suspected cavity lesion with internal fibrosis or septation at RUL; DDX. active pulmonary TB , pulmonary silicosis. เข้ารับการรักษาวัณโรคปอดที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อาการแรกเริ่มไอเรื้อรัง ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อยบางครั้ง เจ็บหน้าอกบางครั้ง มีไข้ต่ำๆตอนกลางคืน เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง 5 กก. สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.8

องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/74 มิลลิเมตรปรอท On O2 cannular 3 LPM ได้รับการรักษาโดยให้ยาวัณโรค และตรวจเสมหะ(Sputum AFB) 3 วัน ผลเป็นลบ อยู่ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น มีหายใจหอบเหนื่อย ไอแห้งๆ แพทย์จึงตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/78 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผลปกติ ตรวจเสมหะ(Sputum AFB) 3 วัน ผลเป็นลบ ได้รับการรักษาโดยให้ยาวัณโรคต่อและส่งตัวกลับไปรับยาวัณโรคที่โรงพยาบาลนาคูต่อ นัดมาตรวจทุก 2 เดือนเพื่อตรวจเอ็กซเรย์ปอดซ้ำรวมระยะเวลาการรักษาตัวที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น 2 วัน ผู้ป่วยไม่ไปตามนัด 1 ครั้ง ทางหน่วยอาชีวเวชกรรมจึงติดตามเยี่ยมอาการที่บ้านและให้ผู้ป่วยไปตามแพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่นนัด

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิงอายุ 42 ปี เป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดร่วมกับน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย โรคประจำตัวไทรอยด์เป็นพิษ ทำงานที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ สิทธิจ่ายตรงจากกรมบัญชีกลาง ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาล ผลการตรวจสุขภาพแพทย์วินิจฉัยเป็น

วัณโรคเยื่อหุ้มปอดจากผลเอ็กซเรย์ปอด(CHEST X RAY PA UPRIGHT) โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มีอาการไข้ ไอเรื้อรัง เหนื่อยหอบ เล็กน้อย เจ็บหน้าอกเป็นบางครั้ง น้ำหนักตัวลดลง 5 – 7 กก. แพทย์จึงให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/56 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ RBC 3.94, Hb 10.8 , Lymphocyte 16.9 , Monocyte 11.6 , Hct 33.5 vol% , BUN 5, Alb 3.4, Total Bilirubin 0.22 ,

ALT(SGPT) 9 ตรวจเสมหะ(Sputum AFB) 3 วัน ผลเป็นลบ On O2 cannular 4 LPM ได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคและยาปฏิชีวนะครบ 3 วัน ขณะที่นอนรักษามีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น แพทย์เจ้าของไข้จึงให้เอ็กซเรย์ปอด(CHEST X RAY PA UPRIGHT) อีกครั้งพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) และผู้ป่วยได้รับการเจาะปอด (Pleural tapping) เพื่อระบายน้ำในปอดออก 1,000 cc. ได้น้ำเจาะปอดเป็นสีเหลืองเข้มไม่มีเลือดปน วันต่อมาอาการหอบเล็กน้อยผู้ป่วยได้เอ็กซเรย์ปอด(CHEST X RAY PA UPRIGHT) อีกครั้ง ผลตรวจพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดเล็กน้อย แพทย์ได้ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยการเป่าไตรโพร(เครื่องเป่าปอด)ทุกวัน ในขณะที่นอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้น ไม่หอบ ไอห่าๆครั้ง แพทย์เจ้าของไข้ได้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน นัด 1 เดือนเพื่อตรวจ

เอ็กซเรย์ปอด(CHEST X RAY PA UPRIGHT)รวมระยะเวลาอนรักษาคือที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย ติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่ชุมชนโดยการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานและทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล
1. การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว 2. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-22 ครั้ง/นาที ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก 3. ออกซิเจนในกระแสเลือด(O ₂ sat) >95% 4. HB 12 -14.9 g/dl	1. แนะนำท่านอนศีรษะสูงพักผ่อนบนเตียงเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวเต็มที่เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ และดูแลให้ได้รับออกซิเจน 4 LPM 2. สอนและสาธิตการหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ และปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ส่งเสริมให้ถูกลมปอดขยายตัวได้เต็มที่แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดีขึ้น 3. ดูแลให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่องเป่าปอด(ไตรโพร)เพื่อขยายพื้นที่การแลกเปลี่ยนก๊าซ 4. สอนการไอที่มีประสิทธิภาพลดการคั่งค้างของเสมหะที่ปอดทำให้ปอดขยายตัวเพิ่มขึ้น 5. เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนโดยนับอัตราการหายใจ ชีพจร สังเกตสีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าลักษณะซีด เขียว ทุก 4 ชั่วโมง 6. ดูแลให้ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ เช่น HB , CXR การประเมินผล 1. ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว 2. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึก 3. ออกซิเจนในกระแสเลือด(O ₂ sat) >97-100% 4. HB 11.8 g/dl
2. มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB	1. อธิบายเหตุผลและแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อนให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย(Face Mask) ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้องตลอดเวลาระหว่างพักใน

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล
กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน 2. ครอบครัวและบุคลากรผู้ดูแลไม่ติดเชื้อจากผู้ป่วย 3. ผู้สัมผัสผู้ป่วยในบ้านได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค	ห้องแยกโรคในโรงพยาบาลหลังประเมินว่ามีอาการติดเชื้อวัณโรคปอดและในชุมชน หลังวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดแล้ว 2. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรคระบบทางเดินหายใจของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลและการแยกภาชนะและของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย 3. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องป้องกันการรับเชื้อโดยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การดูแล 4. แนะนำวิธีการเก็บเสมหะตอนเช้าหลังตื่นนอน 3 วันติดต่อกันเพื่อย้อมเชื้อวัณโรค ร่วมกับบรอยโรคในปอดจากการถ่ายภาพเอกซเรย์ 5. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยการหลีกเลี่ยงการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลในครอบครัวไม่ควรพกร่วมห้องกับผู้อื่นเป็นเวลา 1 เดือน นับตั้งแต่เริ่มรับประทานยารักษาวัณโรค และควรอยู่ในบริเวณห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เช่น สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ ห้างสรรพสินค้า 6. ส่งเสริมการรับประทานยารักษาวัณโรคครบชนิดและถูกขนาดยาตามแผนการรักษาติดต่อกัน 6 เดือน ให้ข้อมูล อาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการรบกวนเพื่อป้องกันการหยุดยาระหว่างการรักษา 7. อธิบายผลดีของการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 8. ติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านผู้ป่วย การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน 2. ครอบครัวและบุคลากรผู้ดูแลไม่ติดเชื้อจากผู้ป่วยโดยการคัดกรองจากผลเอกซเรย์ปอด
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ เหนื่อยจากการติดเชื้อในร่างกาย กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ อุณหภูมิร่างกายลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการติดเชื้อเพิ่ม เกณฑ์การประเมินผล 1. อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส 2. สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ RBC $4.2 - 5.4 \times 10^6/\mu\text{l}$ Lymphocyte 20.3 - 47.9 % Monocyte 3.4 - 9.7 %	1. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวล 2. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการเผาผลาญภายในเซลล์การทำงานของกล้ามเนื้อ ลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 3. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆเป็นการทดแทนน้ำที่ขาดและลดความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ 4. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยา ATB คือ Ceftriazone 1 gm iv OD จนครบ 3 วัน ตามแผนการรักษา 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ การประเมินผล 1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.7 - 37 องศาเซลเซียส 2. นอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ RBC $= 4.5 \times 10^6/\mu\text{l}$ Lymphocyte = 20.4 % Monocyte = 3.6 %
4. เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค กรณีศึกษาที่ 1, 2	1. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด 2. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยาเพื่อการรักษาเป็นจำนวนมากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และผลของการรับประทานยาไม่ตรงตามเวลาหรือไม่ต่อเนื่องที่

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทราบวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค การประเมินผล 1. ให้ความร่วมมือในการรักษา 2. รับประทานยาครบตามจำนวน ขนาด และเวลา 3. ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรค 4. หลังจากรับประทานยารักษาวัณโรคไปแล้ว 1 เดือนมาตามนัดผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ Albumin 3.5-5.2 g/dl Total Billirubin 0.3 -1.2 mg/dl ALT(SGPT) 10-50 U/L	อาจก่อให้เกิดการติดเชื้อ ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการรักษา คือ การหายจากโรคเป็นไปได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น 3. อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น ตับอักเสบ อาการชาตามปลายประสาท ผื่น สิว ผื่นหนังลอก โลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวด ยอดอก ปวดท้อง ท้องเสีย เป็นต้น 4. แนะนำวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันทีหากมีอาการดังนี้ คือ ความอยากอาหารลดลง ผื่นขึ้น เหนื่อย ปัสสาวะมีสีเข้ม อาการใช้ติดต่อกัน 3 วันขึ้นไปโดยไม่มีสาเหตุ หายใจลำบาก รู้สึกหน้าท้องแข็งหรือบวมผิดปกติ มีอาการบวมที่หน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือคอ มีปัญหาเรื่องการมองเห็น เช่น เห็นภาพไม่ชัดหรือเห็นสีผิดปกติ เป็นต้น การประเมินผล 1. ให้ความร่วมมือในการรักษามาตามนัดทุกครั้ง 2. รับประทานยาครบตามจำนวน ขนาดและเวลา 3. ทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดและวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยารักษาวัณโรค 4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังรับยารักษาวัณโรคได้ 1 เดือน Albumin = 3.4 g/dl Total Billirubin = 0.41 mg/dl ALT(SGPT) = 22 U/L
5. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเองขณะป่วยเป็นวัณโรค กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นวัณโรคปอดได้อย่างถูกต้อง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถบอกกลไกการเกิดของโรค การกระจายเชื้อ แผนการรักษาและวิธีปฏิบัติตัวขณะป่วยได้อย่างถูกต้อง 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยท่าทีสุภาพและเป็นกันเอง ประเมินอารมณ์จิตใจและความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจและบอกถึง ความรู้ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ 2. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะสุขภาพ 3. วางแผนการควบคุมโรคและการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน 3.1 อธิบายโรค สาเหตุ การดำเนินโรค ปัจจัยเสี่ยง ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโดยอธิบายง่ายๆ ไม่ซับซ้อน เพื่อไม่ให้เกิดความวิตกกังวล 3.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายการพักผ่อน 4. รับฟังปัญหาและการระบายอารมณ์ภาวะคับข้องใจของผู้ป่วยและครอบครัว พร้อมทั้งให้กำลังใจและชี้แนะการปฏิบัติตัว 5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าที่ยังมีการหายใจเหนื่อย เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อได้รับการรักษาเหนื่อยจะดีขึ้นและลดลง 6. อธิบายแผนการรักษา การใส่ยา อาการข้างเคียง อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นที่ต้องสังเกต 7. แนะนำและเน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการรักษา การมาตามนัด การประเมินผล 1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถบอกกลไกการเกิดของโรค การกระจายเชื้อ แผนการรักษาและวิธีปฏิบัติตัวขณะป่วยได้อย่างถูกต้อง 2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 1 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรมการพยาบาล/การประเมินผล
6. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล กรณีศึกษาที่ 1, 2 วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว เกณฑ์การประเมินผล 1. ครอบครัวมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยน้อยลง 2. ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยท่าทางที่เป็นมิตร พร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆที่แสดงออกของผู้ป่วยและครอบครัว ต่อภาวะความเจ็บป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น 3. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 4. ให้ข้อมูลแก่ครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา 5. แจ้งอาการผู้ป่วยให้ครอบครัวทราบเป็นระยะๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยม 6. ให้สุศึกษาครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการหายของโรค และคอยดูแลช่วยเหลือให้คำปรึกษาได้ตลอด 7. ช่วยเหลือดูแลประสานด้านสิทธิที่ผู้ป่วยจะได้รับเงินช่วยเหลือที่เกิดจากการให้บริการสาธารณสุข(สำหรับกรณีศึกษารายที่ 2) การประเมินผล 1. ครอบครัวมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยน้อยลง 2. ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

สรุปกรณีศึกษา

จากการศึกษารายกรณีทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจโรคปอดและโรคหัวใจเยื่อหุ้มปอดที่มีอาการคล้ายๆกัน และได้รับการรักษาด้วยยาโรคหัวใจโรคเหมือนกัน ผู้ป่วยโรคหัวใจเยื่อหุ้มปอดมีภาวะแทรกซ้อนและพบอาการข้างเคียงจากการได้รับยารักษาหัวใจโรคมากกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจโรคปอด จึงได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อให้ปอดกลับมาดีขึ้น และผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการประเมินคัดกรองและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยโรคหัวใจโรคปอดที่ถูกต้องและแม่นยำ รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจโรคปอดได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพปอดอย่างมีประสิทธิภาพช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังและช่วยลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้ การดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการรักษาก็สามารถทำให้การรักษาโรคหัวใจโรคได้ การดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจก็มีส่วนสำคัญและเสริมสร้างพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างดี บทบาทที่สำคัญของพยาบาลอาชีวอนามัย คือ การประเมิน คัดกรอง ชักประวัติ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของ

ผู้ป่วยในที่ทำงาน เพื่อส่งผู้ป่วยเข้ามารับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานจากโรงพยาบาล รวมไปถึงการให้สุศึกษา สร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่บุคคลในครอบครัวและชุมชนเมื่อแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน การติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องและการช่วยเหลือให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคและไม่กลับมาเป็นซ้ำอีก ใช้ชีวิตได้ตามปกติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. โรคหัวใจเป็นโรคที่ติดต่อในระบบทางเดินหายใจสามารถแพร่กระจายติดต่อได้โดยง่าย ดังนั้นในกรณีที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจที่ควรแนะนำให้ การแพร่กระจายเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัว การกินยาที่ต่อเนื่อง พร้อมทั้งการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจจึงต้องอาศัยการทำงานที่เป็นทีมในบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อสม.

2. กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะซีลีโคซิส ซึ่งเกิดจากการสูญเสียหัวใจเอาฝุ่นทรายขณะทำงาน จะทำให้ภาวะการทำงานของปอดเสื่อมประสิทธิภาพง่ายต่อการติดเชื้อวัณโรค อันตรายต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง ทรมาณจากการเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต ปัจจุบันมีแนวโน้มป่วยมากขึ้น การรักษาถึงแม้จะหายแล้วยังคงมีภาวะผิดปกติของประสิทธิภาพปอด จึงควรมีแนวทางเฝ้าระวังป้องกัน หลีกเลี่ยงการสูญเสียหัวใจเอาฝุ่นทรายเข้าสู่ร่างกายในขณะทำงาน

3. การพัฒนาบุคลากรด้านอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่อง

4. ต้องมีการประเมินสุขภาพอย่างละเอียดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

5. ต้องมีการติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การมาตามนัด การรับยาอย่างต่อเนื่องติดตามผลเอกซเรย์ปอด การปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย(Face Mask) ปิดปากปิดจมูกที่ถูกต้องตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ** พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **แผนปฏิบัติการระดับชาติ ด้านการต่อต้านวัณโรค** พ.ศ. 2560-2564. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **แนวทางการควบคุมวัณโรคในไทย** พ.ศ. 2561 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- นวนนิตย์ แก้วนวล และ เยาวลักษณ์ อารำไพ. (2556). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรผู้ส่งมอบยาวัณโรค**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม), มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ประเทือง ธารธรรุ่งเรือง. (2561). **กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในงานบริการผู้ป่วยนอก**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, (น 77-95).
- ภณิตา วามะสุน. (2563). **กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรับยาในงานบริการผู้ป่วยนอก**. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.amno.moph.go.th>
- พงศ์เทพ ธีรวิทย์. (2562). **วัณโรคปอด**. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th>
- กนกกร สุนทรขจิต. (2558). **Tuberculosis-Wongkarnpat**. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.wongkarnpat.com>
- วีระเดช สุวรรณลักษณ์. (2560). **วัณโรค**. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://www.haamor.com>
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์. (2562). **11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน**. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก <http://webcache.googleusercontent.com>
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม** สืบค้นจาก <http://ddc.moph.go.th>

การเปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในการใช้ชุดสำเร็จรูป เพื่อระบายน้ำไขสันหลังกับวิธีดั้งเดิมในโรงพยาบาลหนองคาย

Comparison of Results of Surgery and Complications between Ventriculostomy Set Kit Insertion and Traditional Set Insertion in Nongkhai Hospital

(Received: December 6, 2021; Accepted: December 20, 2021)

ฉัตรชัย บุญประหารต์¹

Chatchai Boonpracharat¹

บทคัดย่อ

การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมอง เป็นการผ่าตัดพื้นฐานทางระบบประสาท เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลหนองคายมีวิธีการผ่าตัด 2 วิธีได้แก่ (1) การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Traditional set insertion) (2) การผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูป (Ventriculostomy set kit insertion) ซึ่งการผ่าตัดแบบดั้งเดิมมีต้นทุนการผ่าตัดไม่สูง แต่การวัดและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ ตลอดจนการเปลี่ยนถุงเลือดเมื่อมีการระบายจนเต็มต้องอาศัยความชำนาญและเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด ในขณะที่การผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูปมีต้นทุนการผ่าตัดสูง แต่การวัดและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะทำได้ง่ายและสะดวกกว่า การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในการใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกับวิธีดั้งเดิมในโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้การผ่าตัดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยเป็นการศึกษาแบบ Observational study เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมองและข้อมูลทางรังสีวิทยาตั้งแต่ มกราคม 2562 – สิงหาคม 2564 มีผู้เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 72 ราย แบ่งเป็นวิธีดั้งเดิม 32 ราย และวิธีใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลัง 40 ราย เปรียบเทียบผลการผ่าตัดได้แก่ ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ระยะเวลาการใส่สายระบายน้ำไขสันหลัง และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้แก่ การติดเชื้อ สายอุดตัน สายเลื่อนหลุด ภาวะเลือดออกในสมอง การปรับแต่งหรือเปลี่ยนสายระบาย และการล้าสายระบาย ผลการศึกษาพบว่าการผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูปใช้เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม (19.7 (5.0): 22.3 (8.6) นาที, $p=0.009$) ปริมาณการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม (7.2 (4.5): 11.5 (9.4) มล., $p=0.032$) และการติดเชื้อหลังการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม (1 (2.5%): 9 (28.1%) ($p=0.004$) โดยสรุปการผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูป ช่วยลดระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด และการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดแบบดั้งเดิม

คำสำคัญ : การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมอง, การผ่าตัดแบบดั้งเดิม, การผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูป

Abstract

External ventricular drainage is a basic neurological operation to save the patient's life from increased intracranial pressure conditions. Nongkhai Hospital has two surgical methods: (1) Traditional set insertion (2) Ventriculostomy set kit insertion, which traditional surgery has a low surgical cost, but measuring and controlling intracranial pressure as well as changing the blood bag when it is fully drained requires expertise and strict aseptic techniques. While Ventriculostomy set kit insertion has a high surgical cost but measuring and controlling intracranial pressure is easier and more convenient. The purpose of this study was to compare the surgical outcome and postoperative complications of using the Ventriculostomy set kit insertion with the Traditional set insertion methods in Nongkhai Hospital as a guideline for choosing the appropriate surgery in each patient. The present study method was an observational study that collected data from medical records and radiological data of patients undergoing external ventricular drainage surgery from January 2019 to August 2021. A total

¹ พ.บ. กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

of 72 participants were enrolled in the study, 32 of which were Traditional set insertion method, and 40 patients were Ventriculostomy set kit insertion method. Data were collected onto a medical record form including operation time, estimated blood loss during surgery, duration of insertion of external ventricular drainage, and postoperative complications (infection, obstruction, slip, malposition, cerebral hemorrhage, revision, and irrigation). First, the Ventriculostomy set kit insertion method has less operation time than the Traditional set insertion method (19.7 (5.0): 22.3 (8.6) min, $p=0.009$). Second, the Ventriculostomy set kit insertion method has less estimated blood loss during surgery than the Traditional set insertion method (7.2 (4.5): 11.5 (9.4) mL, $p=0.032$). Finally, the Ventriculostomy set kit insertion method has less postoperative infection than the Traditional set insertion method (1 (2.5%): 9 (28.1%), $p=0.004$). In summary, the Ventriculostomy set kit insertion method is an effective surgery compared to the Traditional set insertion method including shortening the time of surgery, decreasing the amount of blood loss during surgery, and postoperative infection.

Keywords: External ventricular drainage, the Traditional set insertion, the Ventriculostomy set kit insertion

บทนำ

การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมอง (External ventricular drainage; EVD) เป็นการผ่าตัดพื้นฐานทางระบบประสาท เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น (Increase intracranial pressure) จึงจัดเป็นการผ่าตัดแบบเร่งด่วน มีข้อบ่งชี้ในหลายภาวะได้แก่ เลือดออกในโพรงน้ำในสมอง โพรงน้ำในสมองอุดตัน เนื้องอกในสมอง (Partington, M.D., & McLone, D.G. ;1996) หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะ หลักการรักษาคือ ระบายน้ำไขสันหลังออกทางสายระบายร่วมกับการวัดความดันในกะโหลกศีรษะของผู้ป่วย(A.-M. Korinek ;2005v, Annecke, A. ;2003 , Hickey, J.V. ;1997 , Aucoin PJ, ;1986) ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยในการผ่าตัดนี้คือ การติดเชื้อหลังผ่าตัด พบได้ตั้งแต่ 4% จนถึงมากกว่า 20% ในบางการศึกษา โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 10%(Bogdahn U ; Clark WC, ;1998 , Guyot LL, ;1998 , Hoff, J.T., & Clarke, H.B. ;1993) โดยโรงพยาบาลหนองคายมีวิธีการผ่าตัด 2

วิธีได้แก่ (1) การผ่าตัดแบบดั้งเดิม (Traditional set insertion) เป็นการประยุกต์นำสายยางให้อาหารทางจมูกของเด็กมาประกอบกับชุดให้น้ำเกลือและถุงเลือด (2) การผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูป (Ventriculostomy set kit insertion) ซึ่งการผ่าตัดแบบดั้งเดิมมีต้นทุนการผ่าตัดไม่สูง (730 บาท/ราย/วันนอน 7 วัน) แต่การวัดและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะ ตลอดจนการเปลี่ยนถุงเลือดเมื่อมีการระบายจนเต็มต้องอาศัยความชำนาญและเทคนิคปลอดภัยอย่างเคร่งครัด(A.-M. Korinek, al ;2005) ในขณะที่การผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูปมีต้นทุนการผ่าตัดสูง (4,200 บาท/ราย/วันนอน 7 วัน) แต่การวัดและควบคุมความดันในกะโหลกศีรษะทำได้ง่ายและสะดวกกว่า จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในการใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกับวิธีดั้งเดิมในโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้การผ่าตัดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย



Traditional set insertion



Ventriculostomy set kit insertion

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในการใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกับวิธีดั้งเดิมในโรงพยาบาลหนองคาย เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกใช้การผ่าตัดให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Observational study โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมองและข้อมูลทางรังสีวิทยาตั้งแต่ มกราคม 2562 – สิงหาคม 2564 จำนวนทั้งหมด 96 ราย นำออกจากการศึกษา 24 ราย เหลือผู้เข้าเกณฑ์การศึกษาทั้งหมด 72 ราย แบ่งเป็นวิธีดั้งเดิม 32 ราย และวิธีใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลัง 40 ราย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากโรงพยาบาลหนองคายเก็บข้อมูลได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติสุขภาพที่ ต้มแอลกอฮอล์ ประวัติการใช้สารเสพติดและอื่นๆ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ระยะเวลาจากการวินิจฉัยโรคหลักไปจนถึงเริ่มผ่าตัด ระยะเวลา

การผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้แก่ การติดเชื้อ (infection) สายอุดตัน (occlusion) สายเลื่อนหลุด (slip and malposition) ภาวะเลือดออกในสมอง (hemorrhage) การปรับแต่งหรือเปลี่ยนสายระบาย (revision) และการล้างสายระบาย (irrigation)

ผู้ป่วย (Patients)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมองในโรงพยาบาลหนองคาย ตั้งแต่ มกราคม 2561 – กันยายน 2564 จำนวน 104 ราย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria): 1) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยเรื่องติดเชื้อในสมองก่อนการผ่าตัด จำนวน 2 ราย 2) ผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับการผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังมาก่อน จำนวน 9 ราย 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังร่วมกับการผ่าตัดอื่น จำนวน 12 ราย 4) ผู้ป่วยใส่สายระบายน้ำไขสันหลังน้อยกว่า 72 ชั่วโมง (เสียชีวิต, ส่งต่อรักษาโรงพยาบาลศูนย์) จำนวน 3 ราย

นิยามของภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

1) การติดเชื้อคือ มีผลเพาะเชื้อขึ้นจากน้ำไขสันหลังหรือปลายสายระบายน้ำไขสันหลังหลังจากถอดสาย

ออก 2) การอุดตันคือ มีการอุดตันของสายระบายไม่ว่าจะมีการแก้ไขด้วยการล้างสายระบาย หรือปรับแต่งสายระบาย 3) สายเลื่อนหลุดคือ ทั้งสายเลื่อนหลุดที่ใช้การไม่ได้ หรือยังใช้การต่อได้ 4) เลือดออกในสมองตามแนวการผ่าตัด จากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในรายที่มีการตรวจซ้ำหลังผ่าตัด 5) การปรับแต่งหรือเปลี่ยนสายระบาย ทั้งจากการใส่ที่สายไม่สามารถทำงานได้ หรือจากการเลื่อนหลุด 6) การล้างสายระบาย เป็นหัตถการที่ต้องทำด้วยความระมัดระวังและเทคนิคปลอดภัยอย่างเคร่งครัด เนื่องจากสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการติดเชื้อได้ง่าย

วิธีการผ่าตัด

1. การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมองแบบดั้งเดิม (Traditional set insertion)

1.1 ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ โคนศีรษะทั้งหมด และทำวิธีปราศจากเชื้อทั่วทั้งศีรษะอย่างเคร่งครัด

1.2 ฉีดยาชาในบริเวณที่จะทำการเปิดแผล และทำการเปิดแผลเป็นเส้นตรงหรือรูปเกือกม้า

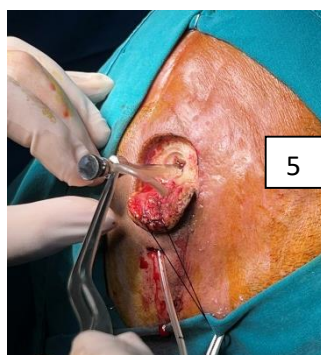
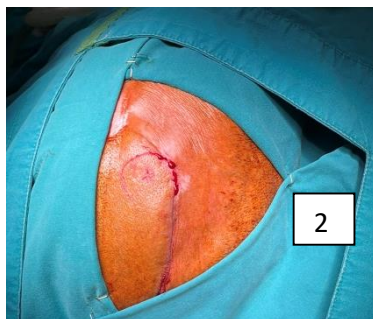
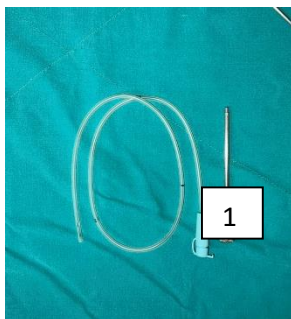
1.3 เจาะกะโหลกศีรษะด้วยสว่านความเร็วสูง และเปิดเยื่อหุ้มสมอง

1.4 เจาะรูที่หนังศีรษะเพิ่มเติม ห่างจากแผลแรกประมาณ 10 เซนติเมตร จากนั้นร้อยสายยางให้อาหารทางจมูกของเด็กผ่านรูที่เจาะ เข้ามาที่แผลเปิดกะโหลก (Outside-In technique)

1.5 ใช้เข็ม Cushing needle เจาะผ่านเนื้อสมองลงไปถึงน้ำไขสันหลังออกมา จากนั้นนำเข็มออก แล้วรีบสอดสายยางให้อาหารทางจมูกที่เตรียมไว้ลงไปแทน (Two punctured technique)

1.6 เมื่อน้ำไขสันหลังไหลผ่านทางสายได้ดี ทำการผูกยึดตรึงสายด้านนอกกับหนังศีรษะ และต่อสายเข้ากับสายน้ำเกลือและถุงเลือด

1.7 เย็บปิดผิวหนัง



2. การผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังแบบใช้ชุดสำเร็จรูป (Ventriculostomy set kit insertion)

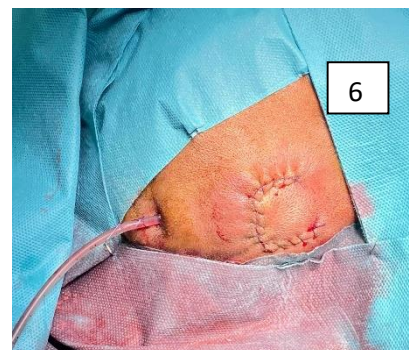
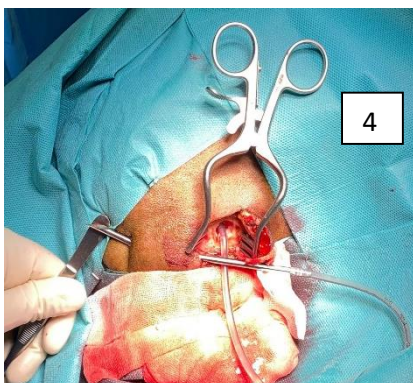
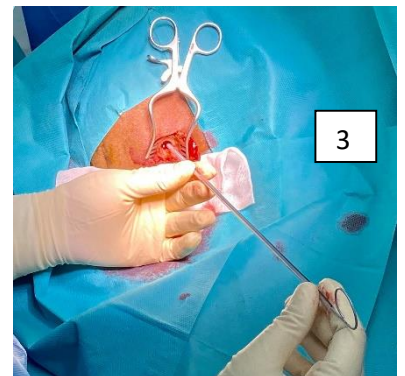
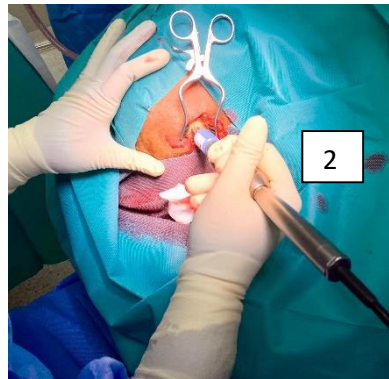
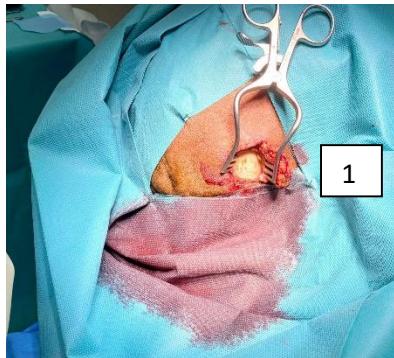
- 1.1 ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบ โกงศรีระทั้งหมด และทำวิธีปราศจากเชื้อทั่วทั้งศรีระอย่างเคร่งครัด
- 1.2 ฉีดยาชาในบริเวณที่จะทำการเปิดแผล และทำการเปิดแผลเป็นเส้นตรงหรือรูปเกือกม้า
- 1.3 เจาะกะโหลกศรีระด้วยสว่านความเร็วสูง และเปิดเยื่อหุ้มสมอง

1.4 เปิดชุดอุปกรณ์สำเร็จรูป นำสายระบายต่อกับ Guide wire จากนั้นเจาะผ่านเนื้อสมองลงไปจนได้ น้ำไขสันหลังออกมา จากนั้นนำ Guide wire ออก (Single punctured technique)

1.5 ต่อปลายสายอีกข้างกับเข็มสำเร็จรูปในชุดที่ให้มีา จากนั้นแทงจากด้านในแผลออกมาที่ผิวหนังด้านนอกห่างจากแผลเดิม 10 เซนติเมตร (Inside-out technique)

1.6 ถอดเข็มออกแล้วต่อกับชุดระบายสำเร็จรูป เย็บดึงสายกับหนังศรีระ

1.7 เย็บปิดผิวหนัง



การวิเคราะห์ทางสถิติ

โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนในการใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกับวิธีดั้งเดิม โดยข้อมูลเชิงคุณภาพเช่น ภาวะติดเชื้อ เลือดออก ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test (95% CI, $p < 0.05$) ข้อมูลเชิงปริมาณเช่น ระยะเวลาในการผ่าตัด ใช้สถิติ Unpaired sample t test (95% CI, $p < 0.05$)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมองที่โรงพยาบาลหนองคายตั้งแต่มกราคม 2562 – สิงหาคม 2564 จำนวนทั้งหมด 96 ราย นำออกจากการศึกษา 24 ราย ดังนั้นมีผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าในการศึกษาทั้งหมด 72 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 41 ราย (ร้อยละ 56.9) อายุเฉลี่ย 57.1 (13.6) ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อยคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 72.2) และเบาหวาน (ร้อยละ 18.1) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมองที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะ

ความดันโลหิตสูง (hypertensive emergency) ร้อยละ 54.2, โพรงน้ำในสมองอุดตัน (hydrocephalus) ร้อยละ 26.4 และเส้นเลือดแดงโป่งพอง (aneurysm) ร้อยละ 9.7 แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังวิธีดั้งเดิม 32 ราย และวิธีใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลัง 40 ราย โดยข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มทั้งเรื่องอายุ เพศ โรคประจำตัว ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการใช้สารเสพติดและประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดในการใช้ชุดสำเร็จรูปเพื่อระบายน้ำไขสันหลังกับวิธีดั้งเดิม พบว่าการผ่าตัดแบบใช้ชุดสำเร็จรูปใช้เวลาเฉลี่ยในการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม (19.7 (5.0): 22.3 (8.6) นาที, $p=0.009$) ปริมาณการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม (7.2 (4.5): 11.5 (9.4) มล., $p=0.032$) และการติดเชื้อหลังการผ่าตัดน้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม (1 (2.5%): 9 (28.1%), $p=0.004$) (ตารางที่ 2) ระหว่างเริ่มการผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่มนั้นมีการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมอง

ปัจจัย	วิธีใช้ชุดสำเร็จรูป (n = 40)	วิธีดั้งเดิม (n = 32)	p-value
อายุเฉลี่ย (SD) (ปี)	57.2 (13.8)	57.0 (13.5)	0.949
เพศ			
ชาย	21 (52.5)	20 (62.5)	0.394
หญิง	19 (47.5)	12 (37.5)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	8 (20.0)	5 (15.6)	0.632
ความดันโลหิตสูง	30 (75.0)	22 (68.8)	
ไตเสื่อมเรื้อรัง	2 (5.0)	0 (0.0)	
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด			
Hydrocephalus	10 (25.0)	9 (28.1)	0.279
Trauma	1 (2.5)	4 (12.5)	

Hypertensive emergency	25 (62.5)	14 (43.8)	
Aneurysm	3 (7.5)	4 (12.5)	
Tumor	1 (2.5)	0 (0.0)	
CSF rhinorrhea	0 (0.0)	1 (3.1)	
ประวัติการสูบบุหรี่			
ไม่เคยสูบ	23 (57.5)	15 (46.9)	0.556
เลิกสูบแล้ว	2 (5.0)	1 (3.1)	
ยังสูบบุหรี่อยู่	15 (37.5)	16 (50.0)	
ประวัติการใช้สารเสพติด	0 (0.0)	1 (3.1)	0.910
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	13 (32.5)	8 (25.0)	0.487

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำไขสันหลังจากสมอง

ปัจจัย	วิธีใช้ชุดสำเร็จรูป (n = 40)	วิธีดั้งเดิม (n = 32)	p-value
ผลการผ่าตัด			
Operative time (mean, minute)	19.7 (5.1)	22.3 (8.6)	0.009*
Estimate blood loss (mean, ml)	7.2 (4.5)	11.5 (9.4)	0.032*
Off date (Mean, days)	12.2 (5.9)	11.0 (7.3)	0.152
ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด			
Infection	1 (2.5)	9 (28.1)	0.004*
Occlusion	3 (7.5)	6 (18.8)	0.173
Slip and malposition	2 (5.0)	1 (3.1)	1.000
Hemorrhage	0 (0.0)	0 (0.0)	-
Need for revision	1 (2.5)	5 (15.6)	0.082
Need for irrigation	2 (5.0)	4 (12.5)	0.396

การอภิปรายผล

การผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลัง เป็นการผ่าตัดที่เร่งด่วน(Partington, M.D., ;1996, A.-M. Korinek ;2005 , Annecke, A., ;2003 , Hickey, J.V. ;1997 , Aucoin PJ ;1998),(Greenberg, M.S. ;2001)และใช้ในการรักษาหรือตรวจติดตามในหลายภาวะเช่น น้ำคั่งในโพรงน้ำในสมอง (hydrocephalus) เลือดออกในโพรงน้ำในสมอง (intraventricular hemorrhage) ทั้งจากความดันโลหิตสูง และ อุบัติเหตุ(A.-M. Korinek ;2005v, Annecke, A. ;2003 , Hickey, J.V. ;1997 , Aucoin PJ, ;1986)

ระยะเวลาในการใส่สายระบายน้ำในแต่ละภาวะมีความแตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่จะมีการใส่ไม่เกิน 21 วัน เนื่องจากการศึกษาว่าส่งผลต่อการติดเชื้อในโพรงน้ำในสมอง โดยในบางการศึกษาได้แก่ การศึกษาของ Omar MA และคณะพบว่า การใส่สายระบายน้ำไขสันหลังเกิน 10 วัน เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้(Omar MA, Mohd Haspani MS. ;2010) การใส่สายระบายในระยะเวลาที่ยาวขึ้นย่อมส่งผลถึงอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น^[11]ในการศึกษาเราพบว่าทั้งสองกลุ่มนั้น ระยะเวลาในการใส่นั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

หลังการถอดสารระบายน้ำในสมอง ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่จำเป็นต้องได้รับการใส่สายระบายน้ำถาวรเพิ่มเติม เนื่องจากผู้ป่วยหายจากภาวะที่จำเป็นต้องการใส่สายระบายน้ำหรือโรคที่ทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินน้ำไขสันหลังได้รับการแก้ไข ในขณะที่ผู้ป่วยบางกลุ่มจำเป็นต้องผ่าตัดใส่สายระบายน้ำถาวร หรือเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว เพราะฉะนั้นการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในสมองเป็นการผ่าตัดชั่วคราว (Ruge, J.R., & McLone, D.G. ;1993, Johnson, E., & Stone, M. ;2002, Mapstone, T.B., & Ratcheson, R.A. ;1996) ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยก็สามารถดีขึ้นไปตามการดำเนินของโรคตั้งต้นได้ แต่ถ้ามีภาวะแทรกซ้อน ไม่ว่าจะการติดเชื้อ หรือเลื่อนหลุดจุดตันนั้นจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเป็นอย่างมาก อีกหนึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในการผ่าตัดนี้คือ ภาวะเลือดออกในสมอง พบได้ถึง 20.4% ในบางการศึกษา แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยได้เพียง 1.4% ในการศึกษาของเรานั้นในทุกๆ ทั้ง 2 กลุ่ม ที่มีการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ซ้ำหลังผ่าตัดนั้น ไม่พบภาวะนี้ (Ko JK, ;2004, Sussman ES, ;2014, Maniker AHVA, ;2006, Abba AA. ;2011)

จากการศึกษานี้พบว่าการผ่าตัดทั้ง 2 แบบนั้นมีความแตกต่างกันในหลายแง่มุม ทั้งในเรื่องของระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดนั้นลดลงในกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์สำเร็จรูป การเสียเลือดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในแง่ของอาการของผู้ป่วยการเสียเลือดต่างกัน 4 มิลลิลิตรอาจไม่ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงมาก เรื่องที่พบว่ามีแตกต่างชัดเจนคือ ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ซึ่งพบว่าการผ่าตัดโดยใช้อุปกรณ์สำเร็จรูปมีการติดเชื้อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1 (2.5%): 9 (28.1%), $p=0.004$) ทั้ง 2 กลุ่มได้ยาปฏิชีวนะระหว่างผ่าตัดเหมือนกัน และจากการศึกษาพบว่าการให้ยาในระยะเวลาหลังผ่าตัดไม่ส่งผลถึงการป้องกันการติดเชื้อได้ (Alleyne CH Jr, Hassan M, Zabramski JM. ;2000) เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น

พบว่าอัตราการติดเชื้อนั้นพบได้ตั้งแต่ 4% ถึง 25%(A-M. Korinek ;2005v, Annecke, A. ;2003 , Hickey, J.V. ;1997 , Aucoin PJ, ;1986 , Bogdahn U ;1992 , Clark WC ;1989) ซึ่งได้อธิบายไปข้างต้นแล้วว่าภาวะนี้อาจส่งผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ส่วนภาวะแทรกซ้อนในด้านอื่นนั้นยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีแนวโน้มที่การผ่าตัดโดยใช้ชุดสำเร็จรูปนั้นจะพบปัญหาน้อยกว่า ยกเว้นในแง่ของการเลื่อนหลุดซึ่งแนวโน้มจะเป็นการผ่าตัดแบบดั้งเดิมที่พบน้อยกว่าแต่ยังไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ การผ่าตัดแบบเดิมนั้นต้องมีการนำสายยางให้อาหารทางจมูกของเด็กมาต่อติดกับถุงเลือดและนำไปใช้ติดกับไม้บรรทัด (ในกรณีต้องการวัดความดันกะโหลกศีรษะ) หรือใส่ตะกร้าข้างเตียง(ในกรณีต้องการระบายน้ำไขสันหลังปริมาณมาก) ซึ่งก่อให้เกิดความยุ่งยากในการใช้งาน ความผิดพลาดของอุปกรณ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน และความเสี่ยงในเรื่องของการเลื่อนหลุดและติดเชื้อ ซึ่งการใช้สายระบายสำเร็จรูปนั้นทำออกมาเพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้งาน ความแม่นยำในการวัดความดันกะโหลกศีรษะ การวัดปริมาณน้ำไขสันหลังที่ระบายออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดการสัมผัสบริเวณสายและอุปกรณ์ได้มาก จากการศึกษาของ A-M. Korinek และคณะ (A-M. Korinek, al ;2005) พบว่าอัตราการติดเชื้อจากการผ่าตัดสัมพันธ์กับการสัมผัสอุปกรณ์ การถอดเข้าออกของอุปกรณ์ที่ต่อเชื่อมกับสายระบายอย่างมีนัยสำคัญ

ความคุ้มค่าการใช้สายระบายสำเร็จรูปในปัจจุบันโรงพยาบาลหนองคายนั้นได้จัดซื้ออยู่ที่ราคา 4,000 บาทต่อชุด ซึ่งในการเบิกจ่ายนั้นในทุกสิทธิการรักษาสามารถเบิกคืนได้ 4,500 บาทต่อชุด ส่วนการผ่าตัดแบบดั้งเดิมนั้นต้องนำถุงเลือด สายน้ำเกลือ มาประยุกต์โดยไม่สามารถเบิกเพิ่มได้ และถุงให้เลือดนั้นสามารถกักเก็บน้ำไขสันหลังได้ประมาณ 300 มิลลิลิตรต่อถุงเท่านั้น ซึ่งทำให้เฉลี่ยต้องมีการเปลี่ยนถุงใหม่อย่างน้อยทุก 2-3 วัน และการเปลี่ยนแต่ละครั้งนั้น

ต้องกระทำโดยอาศัยความชำนาญและเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้นเฉลี่ย 300 บาทต่อการผ่าตัด 1 ครั้ง และ 200 บาทที่เพิ่มในทุกการเปลี่ยนของถุงเลือด โดยที่ยังไม่ได้คำนวณมูลค่าของการให้ยาฆ่าเชื้อที่เพิ่มขึ้นถ้ามีการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นจากการผ่าตัดแบบดั้งเดิม โดยการติดเชื้อส่วนใหญ่ที่พบเป็นเชื้อ Gram positive ที่เป็นเชื้อในโรงพยาบาล ต้องทำการรักษาโดย (1) นำสายระบายน้ำไขสันหลังเก่าออก (2) ผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังใหม่อีกครั้งในบริเวณอื่น(Ohrstrom JK, Skou JK, Ejlersen T, Kosteljanetz M ;1989) เนื่องจากเมื่อมีการติดเชื้อในโพรงน้ำในสมอง จะมีการคั่งของน้ำในสมองที่เพิ่มขึ้น และเมื่อมีการติดเชื้อ จะไม่สามารถทำการผ่าตัดสุดท้าย (Definite surgery) เช่นการใส่สายระบายแบบถาวรได้เนื่องจากจะทำให้เชื้อโรคไปเกาะที่สายใหม่และเกิดการติดเชื้อเรื้อรังทำให้การนอนโรงพยาบาลต้องยืดออกไปอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 14 วันเพื่อให้ยาฆ่าเชื้อถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม หรือเชื้อโรคไม่ดื้อยา 3.การให้ยาปฏิชีวนะ เชื้อโรคส่วนใหญ่ที่พบนั้นต้องให้ยาปฏิชีวนะที่สามารถใช้กับเชื้อดื้อยาได้ และสามารถผ่าน Blood-Brain barrier เข้าไปจัดการเชื้อโรคได้ ยาที่ใช้มักจะเป็น Vancomycin(Ohrstrom JK, Skou JK, Ejlersen T, Kosteljanetz M ;1989 , Paramore CG, Turner DA ;1994 , Ahmad Sweid, Joshua H. ;2021) ขนาดยาตามการทำงานของไตผู้ป่วยระยะเวลาอย่างน้อย 14 วัน(A.-M. Korinek ;2005v, Annecke, A. ;2003 , Hickey, J.V. ;1997 , Aucoin PJ, ;1986) ซึ่งจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเฉพาะค่ายาารวมทั้งหมด 11,200 บาท โดย

ยังไม่ได้คำนวณค่าใช้จ่ายอื่นๆในการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนต่างๆเพิ่มเติม จากการศึกษาของ Bari ME และคณะ(Bari ME, Haider G, Malik K, et al. ;2017) พบว่าการติดเชื้อหลังการผ่าตัดทำให้การนอนโรงพยาบาลยาวนานถึง 31.85 ± 20.53 วัน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง15.2%(Bari ME, Haider G, Malik K, et al. ;2017) จากข้อมูลทั้งหมดจะเห็นว่าเมื่อมีการติดเชื้อเกิดขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาและผ่าตัดใหม่นั้นจะสูงขึ้นมากกว่า 16,000 บาทต่อราย ซึ่งการใช้สายระบายน้ำไขสันหลังสำเร็จรูปนั้นโอกาสการติดเชื้อจะลดน้อยลงถึงร้อยละ 25 ซึ่งทำให้เกิดความคุ้มค่าในภาพรวมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ เนื่องจากการเป็นการศึกษาในอุปกรณ์ใหม่ที่มีใช้เพียง 2 ปี จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาจึงมีจำกัด และในการศึกษานี้เก็บข้อมูลทั้งหมดในโรงพยาบาลซึ่งมีแพทย์ผ่าตัด 2 ท่าน จึงอาจทำให้เกิดความแตกต่างเล็กน้อยระหว่างผ่าตัดได้

สรุปผล

การผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังโดยการใช้อุปกรณ์สำเร็จรูป ช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัด การเสียเลือดระหว่างผ่าตัด ลดอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังอำนวยความสะดวกและเพิ่มความแม่นยำในการควบคุมการระบายของน้ำไขสันหลัง นอกจากนั้นในด้านของความคุ้มค่ายังช่วยลดรายจ่ายในภาพรวมที่เกิดจากการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้เนื่องจากอัตราการติดเชื้อที่ลดลง

เอกสารอ้างอิง

- Partington, M.D., & McLone, D.G. (1996). Cerebellar astrocytomas. In R.H. Wilkins & S.S. Rengachery (Eds.), *Neurosurgery* (pp 1173-1175). New York: The McGraw-Hill.
- A.-M. Korinek, M. Reina, A. L. Boch, A. O. Rivera, D. De Bels, and L. Puybasset. Prevention of external ventricular drain – related ventriculitis. *Acta Neurochir (Wien)* (2005) 147: 39–46
- Anneck, A., Aschoff, A., Maiwald, M., Scheihing, M., Tronnier, V., & Kunze S. (2003). Infections in external CSF drainage-fatal or avoidable? Analysis of 516 EVD treatments and 8000 literature cases. Retrieved November 6, 2003

- Hickey, J.V. (1997). Intracranial pressure: Theory and management of increased intracranial pressure. In J.V. Hickey (Ed.), *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing* (pp 295-327). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Aucoin PJ, Kotilainen HR, Gantz NM, Davidson R, Kellogg P, Stone B (1986) Intracranial pressure monitors. Epidemiologic study of risk factors and infections. *Am J Med* 80: 369–376
- Bogdahn U, Lau W, Hassel W, Gunreben G, Mertens HG, Brawanski A (1992) Continuous-pressure controlled, external ventricular drainage for treatment of acute hydrocephalus – evaluation of risk factors. *Neurosurgery* 31: 898–903; discussion 903–904
- Clark WC, Muhlbauer MS, Lowrey R, Hartman M, Ray MW, Watridge CB (1989) Complications of intracranial pressure monitoring in trauma patients. *Neurosurgery* 25: 20–24
- Guyot LL, Dowling C, Diaz FG, Michael DB (1998) Cerebral monitoring devices: analysis of complications. *Acta Neurochir (Wien)* [Suppl] 71: 47–49
- Hoff, J.T., & Clarke, H.B. (1993). Adverse postoperative events. In M.L.J. Apuzzo (Ed.), *Brain Surgery* (pp.107-108). New York: Churchill Livingstone.
- Omar MA, Mohd Haspani MS. The risk factors of external ventricular drainage-related infection at Hospital Kuala Lumpur: an observational study. *Malays J Med Sci.* 2010;17(3):48–54.
- Chi H, Chang K-Y, Chang H-C, et al. Infections associated with indwelling ventriculostomy catheters in a teaching hospital. *Int J Infect Dis.* 2010;14(3):e216–e219.
- Ruge, J.R., & McLone, D.G. (1993). Cerebrospinal fluid diversion procedures. In M.L.J. Apuzzo (Ed.), *Brain Surgery*. New York: Churchill Livingstone.
- Johnson, E., & Stone, M. (2002). External ventricular drains guidelines for nursing care. Retrived June 20, 2003
- Mapstone, T.B., & Ratcheson, R.A. (1996). Techniques of ventricular puncture. In R.H. Wilkins & S.S. Rengachery (Eds.), *Neurosurgery* (pp 179-182). New York: The McGraw-Hill.
- Ko JK, Cha SH, Choi BK, Lee JI, Yun EY, Choi CH: Hemorrhage rates associated with two methods of ventriculostomy: external ventricular drainage vs. ventriculoperitoneal shunt procedure. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 54:545–551, 2014
- Sussman ES, Kellner CP, Nelson E, McDowell MM, Bruce SS, Bruce RA, et al: Hemorrhagic complications of ventriculostomy: incidence and predictors in patients with intracerebral hemorrhage. *J Neurosurg* 120:931–936, 2014
- Maniker AHVA, Vaynman AY, Karimi RJ, Sabit AO, Holland B: Hemorrhagic complications of external ventricular drainage. *Neurosurgery* 59 (4 Suppl 2): ONS419–ONS425, 2006
- Abla AA, Zabramski JM, Jahnke HK, Fusco D, Nakaji P: Comparison of two antibiotic-impregnated ventricular catheters: a prospective sequential series trial. *Neurosurgery* 68:437–442, 2011
- Alleyne CH Jr, Hassan M, Zabramski JM. The efficacy and cost of prophylactic and perioperative antibiotics in patients with external ventricular drains. *Neurosurgery.* 2000;47(5):1124–1129.
- Ohrstrom JK, Skou JK, Ejlersen T, Kosteljanetz M (1989) Infected ventriculostomy: bacteriology and treatment. *Acta Neurochir (Wien)* 100: 67–69
- Paramore CG, Turner DA (1994) Relative risks of ventriculostomy infection and morbidity. *Acta Neurochir (Wien)* 127: 79–84
- Ahmad Sweid, Joshua H. Weinberg, Rawad Abbas, Kareem El Naamani ,et al. Predictors of ventriculostomy infection in a large single-center cohort. *J Neurosurg* 134:1218–1225, 2021
- Bari ME, Haider G, Malik K, et al. Outcomes of post-neurosurgical ventriculostomy-associated infections. *Surg Neurol Int.* 2017;8:124.
- Lewis A, Wahlster S, Karinja S, et al. Ventriculostomy related infections: the performance of different definitions for diagnosing infection. *Br J Neurosurg.* 2016;30(1):49–56.
- Greenberg, M.S. (2001). *Handbook of Neurosurgery*, 5th. NewYork: Thieme Medical.

การพัฒนาแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจสอบกล้อง ลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

The development of bowel preparation in patients at special clinic NongKhai Hospital

(Received: December 8, 2021; Accepted: December 21, 2021)

ธนานันต์ อาสนานิ^{1*}

Thananan Arsanani,

ไคลศรี บาตาล*

Khaisri Badan

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) ในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่เข้ารับการนัดหมายเพื่อทำการตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ แบบผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 33 คน กลุ่มที่ 1 ใช้รูปแบบเดิม กลุ่มที่ 2 ใช้รูปแบบใหม่โดยแพทย์สั่งใช้ยาระบายสูตร Colyte ในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก เครื่องมือที่ใช้มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบบันทึกการติดตาม เอกสารให้คำแนะนำและปฏิบัติตัว สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับ กลุ่มไลน์นัดส่องกล้อง ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกความสะอาดของลำไส้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้ค่าสถิติจำนวน ร้อยละ เปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อน-หลัง การพัฒนาการใช้รูปแบบการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักโดยใช้ค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อน-หลัง การพัฒนาการใช้รูปแบบการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก มีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระดับ 2 Poor ระดับ 3 Fair และระดับ 5 Excellent แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบใหม่ในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม

คำสำคัญ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก, การเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่

Abstract

The Research and Development this time. This is to develop a pattern for preparing for colon cleansing before colonoscopy in patients who are scheduled for colonoscopy. Outpatient form special clinical examination Nong Khai Hospital. The samples were divided into 2 groups of 33 participants each. The first group used the same format, and the second group used the new model, where the physician prescribes colyte laxatives to prepare the intestines before colonoscopy. The tools used are divided into 2 parts. The first part is the tools used in the study. track record form Guidance and behavioral documents Video media, brochures, line group, endoscopy, part 2. The tools used for data collection are personal data record forms. Intestinal cleanliness record form The personal data were analyzed by using percentage statistics, comparing the level of colon cleanness before and after, the development of colon preparation patterns before colonoscopy by using the percentage statistics, and paired t-test statistics.

The results showed that The sample group compared the level of colon cleanness before and after. Development of the use of colon preparation model before colonoscopy. The levels of colon cleanliness were 2 Poor, 3 Fair and 5 Excellent were significantly different 0.05. The group used a new type of bowel preparation before colonoscopy. The mean scores were higher than those who used the old model.

Keywords: Colonoscopy, Colon cleansing preparation

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

บทนำ

การตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก เป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัย ฝ้าระวังและรักษาโรค ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงการทำงานของระบบทางเดินอาหารผิดปกติ เช่น ท้องผูก อุจจาระร่วงเรื้อรัง ปวดท้อง อุจจาระปนมูกเลือด ตรวจพบความผิดปกติของลำไส้จากการตรวจรังสีวิทยา ซีดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการตรวจที่ปลอดภัย สามารถตัดชิ้นเนื้อ เพื่อส่งตรวจหาความผิดปกติได้โดยไม่ต้องผ่าตัดจึงเป็นการตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ และรักษาได้รวดเร็ว จากรายงานในต่างประเทศพบว่าการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ไม่มีประสิทธิภาพ เกิดจากการทำความสะอาดลำไส้ที่ไม่สะอาด ร้อยละ 25 (โสภณา ว่องพวิ. 2561) ส่งผลให้แพทย์ไม่สามารถมองหาความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ได้ครบถ้วนหรือไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อหรือหิบบชิ้นเนื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ต้องล้างทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ระหว่างการส่องกล้อง เพิ่มระยะเวลาในการส่องกล้อง กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง หรือการทำให้ต้อการระหว่างการส่องกล้อง เช่น ลำไส้ทะลุทำให้มีอุจจาระปนเปื้อนในช่องท้อง และอาจต้องผ่าตัดทำทวารเทียม (colostomy) ในผู้ป่วยบางราย ส่งผลต่อการเพิ่มค่าใช้จ่าย

ปี 2563 โรงพยาบาลหนองคาย มีผู้รับบริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ 151 ราย พบว่ามีการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด 21 คิดเป็นร้อยละ 13.90 ส่งผลกระทบผู้รับบริการและญาติ เสียเวลาและค่าใช้จ่ายจากการตรวจวินิจฉัย การรักษาซ้ำ จากการทบทวนข้อมูลผู้รับบริการที่มีการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาด พบว่ามีพฤติกรรมเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ทำได้ไม่ครบ ไม่ดื่มน้ำ และยาเตรียมลำไส้ตามคำแนะนำ หลงลืม ไม่เข้าใจ รวมถึงการรับประทานอาหารไม่ถูกประเภท ทำให้เตรียมลำไส้ไม่สะอาด ต้องเตรียมลำไส้ซ้ำ เลื่อนเวลาตรวจหรือเลื่อนวันตรวจ เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนากระบวนการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้

ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคายขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและสถานการณ์การเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย
3. เพื่อศึกษาระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่จากการใช้รูปแบบการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา(The Research and Development) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 33 คน กลุ่มที่ 1 ใช้รูปแบบเดิม กลุ่มที่ 2 ใช้รูปแบบใหม่โดยแพทย์สั่งใช้ยาระบายสูตร Colyte ในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรของการศึกษานี้คือ ผู้รับบริการที่แพทย์นัดมาตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่คลินิกพิเศษ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้รับบริการที่แพทย์นัดมาตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย จำนวน 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 33 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power และ กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าพารามิเตอร์ โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ

เกณฑ์การคัดเข้าในกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) มีอาการความผิดปกติการทำงานของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก อุจจาระร่วงเรื้อรัง 2) ซีด 3) มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

4) พบความผิดปกติของลำไส้จากการวินิจฉัยทางรังสี
5) ตรวจอุจจาระพบมีเลือดปน 6) ไม่มีภาวะกลืน
ลำบากหรือไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ 7) ไม่มี
การอุดตันของลำไส้ใหญ่หรือสงสัยจากการวินิจฉัย
ของแพทย์ 8) ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 9) ไม่
เคยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก 10) ไม่มี
ประวัติผ่าตัดลำไส้ใหญ่ 11) แพทย์ใช้ยาเตรียมลำไส้
เป็น colyte 12) สามารถอ่านออก เขียนได้ ติดต่อกับ
โทรศัพท์และระบบไลน์ได้ 13) ยินยอมเข้าร่วมการ
วิจัย

เกณฑ์การคัดออกในกลุ่มตัวอย่าง
(Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยที่แพทย์ใช้ยาเตรียม
ลำไส้ที่ไม่ใช่ยา colyte 2) ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้า
ท้อง 3) ผู้ป่วยไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1)
แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ 2) เอกสารการให้
คำแนะนำการปฏิบัติตัว 3) วิดีทัศน์ การเตรียมลำไส้
ส่องกล้องลำไส้ใหญ่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาล
หนองคาย
4) แผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัว 5) ช่องทางการ
สื่อสารผ่านระบบ Line กลุ่มไลน์ (Line Group)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล
แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
ผู้วิจัยบันทึกจากการสัมภาษณ์และเวชระเบียนแบบ
บันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษารายได้ และดัชนีมวลกาย 2) แบบ
บันทึกความสะอาดของลำไส้ มี 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่
1 Very poor หมายถึง มีเนื้ออุจจาระไม่สามารถส่อง
กล้องลำไส้ใหญ่ได้ ระดับที่ 2 Poor หมายถึง มีเนื้อ
อุจจาระปนในน้ำอุจจาระ ระดับที่ 3 Fair มีน้ำอุจจาระ
ปนอยู่มาก ระดับที่ 4 Good มีน้ำอุจจาระปนอยู่บ้าง
ระดับที่ 5 Excellent สะอาด

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัญหาการปฏิบัติงานขั้นตอน
การเตรียมความสะอาดลำไส้ ก่อนส่องกล้อง

ลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักจากเวชระเบียน สัมภาษณ์
พยาบาล แพทย์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ
ส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการ
เตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อนการส่อง
กล้องลำไส้ใหญ่

3. จัดทำรูปแบบการเตรียมความสะอาดของ
ลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

4. นำรูปแบบการเตรียมความสะอาด ของ
ลำไส้ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวาร
หนักที่พัฒนานำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างต่อไป

5. ประเมินผลการใช้รูปแบบการ เตรียมความ
สะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้
ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่า จำนวน ร้อยละ 2)
เปรียบเทียบความสะอาดของลำไส้ ก่อน-หลังการ
พัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่
ก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักโดย
ใช้สถิติ paired t-test

**การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำ
วิจัยในมนุษย์**

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัย แก่
คณะกรรมการ โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัด
หนองคาย ได้รับอนุมัติวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2564 จึง
ได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

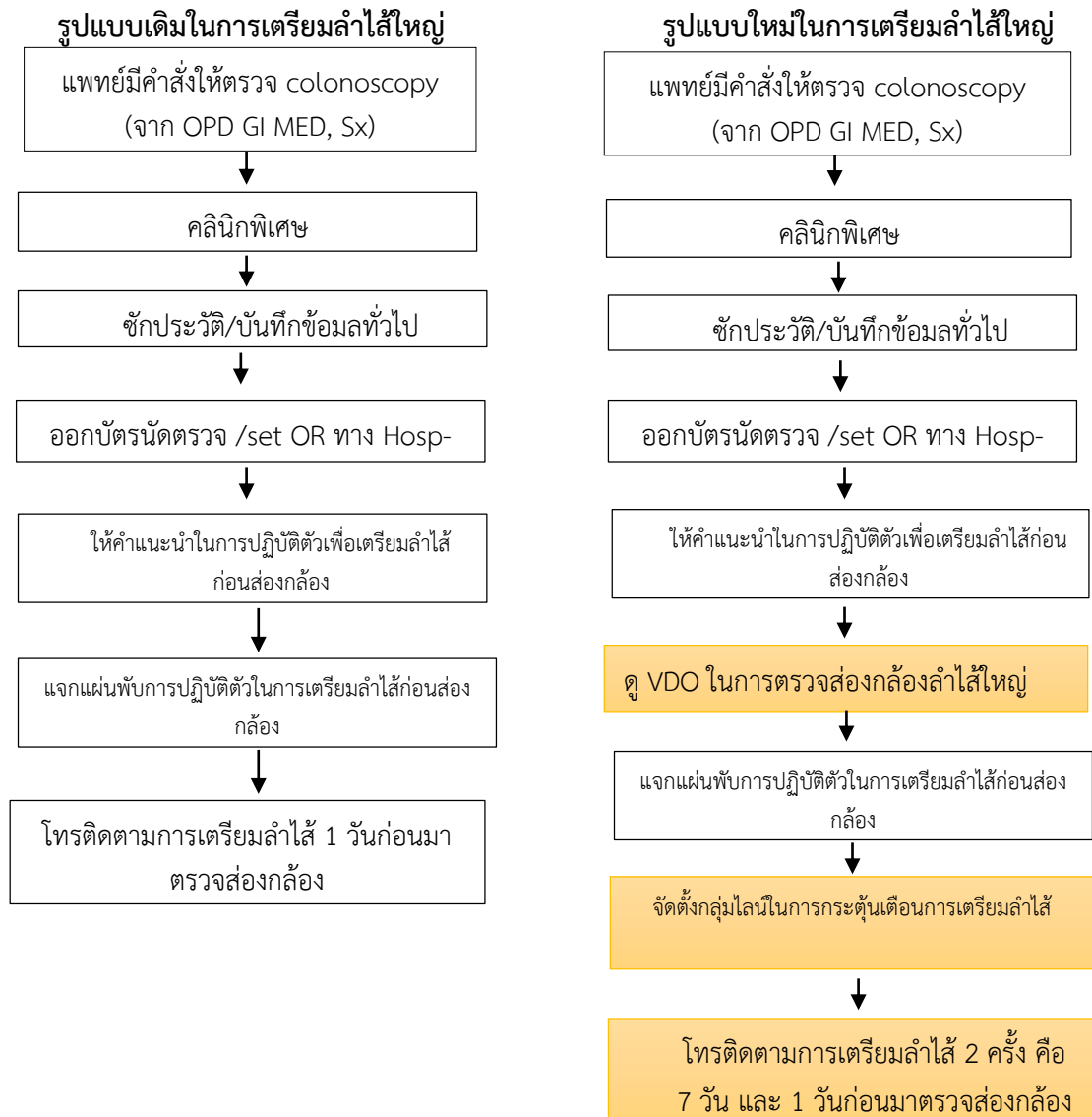
1. ผลการพัฒนารูปแบบการเตรียมความ
สะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องลำไส้
ใหญ่ทางทวารหนักในผู้ป่วยรับบริการในคลินิก
พิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย

คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคายเปิด
ให้บริการการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในปี

2555 มีรูปแบบการให้บริการก่อนตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก คือ ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง โดยการแจกแผ่นพับและโทรติดตามการเตรียมลำไส้ 1 วันก่อนมาตรวจสอบกล้อง ต่อมาในปี 2563 มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อลดอุบัติเหตุการเลื่อนเวลาตรวจ หรือเลื่อนนัดวันตรวจ จากระดับความสะอาดของลำไส้ที่สะอาดไม่เพียงพอ โดยผู้ศึกษาได้มีการเพิ่มขั้นตอน

ของการให้บริการ ดังนี้ 1) ดู VDO ในการตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่เมื่อมารับบริการตรวจในครั้งแรก 2) จัดตั้งกลุ่มไลน์ในการกระตุ้นเตือนการเตรียมลำไส้ 3) โทรติดตามการเตรียมลำไส้ 2 ครั้ง คือก่อนมาตรวจ 7 วัน และ 1 วันก่อนมาตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนการให้บริการ ดังนี้

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย



2. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมในการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้อง จำนวน 33 คน เพศชายมากที่สุด 54.5% ส่วนกลุ่มที่ใช้รูปแบบใหม่ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องจำนวน 33 คน เพศหญิงมากที่สุด 57.6% อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี สถานภาพคู่ จบชั้นประถมศึกษา รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท มากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ส่วนค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 (อ้วนระดับ 1) มากที่สุดในกลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิม ส่วนกลุ่มที่ใช้รูปแบบใหม่ มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-22.9 (ปกติ) มากที่สุด

3. เปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อน-หลัง การพัฒนาการใช้รูปแบบการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบใหม่ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องทางทวารหนักมีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ระดับ 2 Poor (มีเนื้ออุจจาระบ้างปนกับน้ำอุจจาระหรืออุจจาระเหนียวเคลือบที่ลำไส้ได้บ้าง) ระดับ 3 Fair (มีน้ำอุจจาระปนอยู่มาก) และระดับ 5 Excellent (สะอาด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบ

ระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่	กลุ่มตัวอย่าง		t	p-value
	รูปแบบเดิม (n=33)	รูปแบบใหม่ (n=33)		
	จำนวน(%)	จำนวน(%)		
ระดับ 1 Inadequate (มีอุจจาระมากไม่สามารถล้างออกให้สะอาดได้)	0 (0%)	0 (0%)	-1.437	.160
ระดับ 2 Poor (มีเนื้ออุจจาระบ้างปนกับน้ำอุจจาระหรืออุจจาระเหนียวเคลือบที่ลำไส้ได้บ้าง)	2 (6.1%)	0 (0%)	-2.101	.04*
ระดับ 3 Fair (มีน้ำอุจจาระปนอยู่มาก)	19 (57.6%)	5 (15.2%)	-3.770	.001*
ระดับ 4 Good (มีน้ำอุจจาระปนอยู่บ้าง)	8 (24.2%)	16 (48.5%)	1.694	.100
ระดับ 5 Excellent (สะอาด)	0 (0%)	12 (36.4%)	4.276	.000*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการใช้นิยามการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้นใหม่ จากการสำรวจความพึงพอใจรูปแบบการให้บริการทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการ

เตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบเดิมทุกข้อ

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบใหม่ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ใหญ่ก่อนส่องกล้องทางทวารหนักมีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ระดับ 2 Poor (มีเนื้ออุจจาระบ้างปนกับน้ำอุจจาระหรืออุจจาระเหนียวเคลือบที่ล้างออกได้บ้าง) ระดับ 3 Fair (มีน้ำอุจจาระปนอยู่มาก) และระดับ 5 Excellent (สะอาด) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของภักกร เกตุสีสังข์และอุษาวดี อัครวิเศษ. (2558). ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก โดยโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องเน้นการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องพร้อมกับใช้โทรศัพท์ในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ พบว่าคุณภาพของการเตรียมลำไส้ในกลุ่มนี้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโทรศัพท์ติดตามอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของโสภณา ว่องทวี และคณะ (2552). ได้ศึกษาระดับความสะอาดลำไส้ใหญ่จากการใช้แนวทางปฏิบัติการเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องในผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม พบว่ามีความแตกต่างของระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในกลุ่มที่ปฏิบัติตามแนวทางการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องแบบต่างๆ ($X^2 = 18.78, p < 0.01$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการความสะอาดของลำไส้โดยการอดอาหารจากมา 2 หรือ 3 วัน และรับประทานอาหารเหลวใส 1 วัน ก่อนการส่องกล้องร่วมกับรับประทานยาระบาย มีระดับความสะอาดของลำไส้ที่แพทย์ส่องได้สมบูรณ์ ร้อยละ 86.2 และร้อยละ 85.2 ตามลำดับ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรพัชชา คล้ายพิกุล และทัศนาวรรณระปกรณ์. (2561). ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการ

ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 ราย ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ตามแนวคิดของ Ryan and Sawin ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันด้วย เพศ อายุ และชนิดของยาระบาย ผลการวิจัย พบว่าพฤติกรรมกรรมการเตรียมลำไส้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ด้านผู้บริหาร

1. สามารถนำรูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคายให้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

2. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนในการนิเทศกำกับ ติดตามประเมินการปฏิบัติและผลลัพธ์ของการดำเนินงานของหน่วย ตลอดจนมีการติดตามตัวชี้วัดคุณภาพทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ร่วมกันนำเสนอผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเผยแพร่ผลงาน ผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจในระบบบริการที่พัฒนาขึ้น

ด้านบริการ

การวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษเพื่อส่งกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักรายอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และเพิ่มจำนวนผู้รับบริการให้มากขึ้น อีกทั้งการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล จะส่งผลให้

การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น การไม่ยึดติดกับรูปแบบการทำงานเดิม คิดและแสวงหาแนวทางใหม่ในการทำงานส่งผลให้เกิดการพัฒนางานที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามกลุ่มตัวอย่าง ควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคประจำตัว ความผิดปกติที่พบ เพื่อวางแผนในการพัฒนางานต่อไป
2. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงสำคัญกับระดับความสะอาดของลำไส้ต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมสหวิชาชีพคลินิกพิเศษ งานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหนองคาย ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพื่อ ให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ ตันธนา. (2562). เอกสารประกอบการสอน: การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง EGD, Colonoscopy. สถาบันระบบทางเดินอาหารและตับ: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- ธีรณัฐ บุญพิพัฒนาพงศ์. (2557). ภาพรวมในการดูแลรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. ใน: ธีรณัฐ บุญพิพัฒนา พงศ์, สมพร วรณวงศ์, บรรณานิกร. State of the art care for colonoscopy: มาตรฐานการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์.
- บันลือ ผลยงิตติ. (2545). ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- ประกิต พฤกษ์ประเสริฐ. (2543). การส่องกล้องเพื่อตรวจลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย. สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์ ทวี รัตนชอุก และสุกิจ พันธุ์พิมานมาศ. (2546). การเตรียมผู้ป่วยและการเตรียมลำไส้ใหญ่. ใน: ไพบูลย์ จิระไพศาลพงศ์ ทวี รัตนชอุก และสุกิจ พันธุ์พิมานมาศ (บรรณานิกร), การตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางกล้องส่องลำไส้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- พรเทพ อังศุวิธารกร, รังสรรค์ฤกษ์นิมิตร. (2554). เทคนิคการส่องกล้องลำไส้ใหญ่. ใน: สุพจน์ พงษ์ประสาบ ชัย, ธวัชชัย อัครวิพุธ, อุดม คชินทร, บรรณานิกร. การส่องกล้องลำไส้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- ภัคกร เกตุสีสังข์, อุษาวดี อัครวิเศษ. (2015). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก. ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563. จาก: https://hs.mahidol.ac.th/english/journal_NS/pdf/vol33/issue3/artical%205.pdf
- เวชระเบียนและสถิติ. (2562). สถิติข้อมูลโรงพยาบาลหนองคาย: รายงานประจำปี 2562 โรงพยาบาล หนองคาย.
- วรากานต์ ตั้งจตุพร. (2557). การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2563. จาก: <http://anesthai.org/public/rcat/Documents/library/1455244736Anesthesia%20for%20Colonoscopy.pdf>
- ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร. (2557). การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ค้นเมื่อ 19 เมษายน 2563, จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/office_d/adm/Gi_scope/egd.html
- ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร. (2557). การส่องกล้องตรวจหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น. ค้นเมื่อ 19 เมษายน 2563. จาก https://www.si.mahidol.ac.th/office_d/adm/Gi_scope/egd.html

- สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ และคณะ. (2545). **หัตถการการตรวจรักษาด้วยการส่องกล้องทางเดินอาหาร**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ก.พล (1996) จำกัด.
- โสภณา ว่องทวี. (2561). **บทบาทของพยาบาลกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก**. ค้นเมื่อ 20มี.ค. 2563. จาก : <https://www.nur.psu.ac.th/journal/file/10173file%201003510041.pdf>
- Bartz, albert E. 1999. **Basic statistical Concept**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Hendry PO, Jenkins JT, Diamant RH. (2007). **The impact of poor bowel preparation on colonoscopy**: A prospective single centre study of 10,571 colonoscopies. *Colorectal Dis.* ;9(8):745-8.
- Jecharat G. **Basic Examination Technique and Colonoscopy Workstation**. In: H. M, editor. *Atlas of Colonoscopy, Techniques Diagnosis Interventional Procedures*. 333 Seventh Avenue, New York, USA: Thieme New York; 2006
- Waye, J. D., Rex, D. K., & Williams, B, C. (Eds.). (2003). **Colonoscopy principle and Practice**. Oxford: Blakwell Publishing Ltd.

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง

Risk factors related to readmission due to jaundice in newborns, Bangpakong hospital.

(Received: December 4, 2021; Accepted: December 20, 2021)

ธนวรรณ ธรรมวาสิ¹

Tanawan Thammawasi

กนกศรี จาดเงิน²

Ganoksri Jarangoen

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 104 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ทารกและแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน วิเคราะห์โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ สำหรับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านมารดา ด้านทารก ด้านการรักษา และด้านปัจจัยส่งเสริมเมื่อกลับบ้านกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ผลการวิจัย พบว่า มีเพียง 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ด้านทารก ด้านการรักษา และด้านปัจจัยส่งเสริมเมื่อกลับบ้าน ส่วนปัจจัยด้านมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรประเมินปัจจัยดังกล่าวในมารดาและทารกหลังคลอดเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

คำสำคัญ : ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ

Abstract

The purposes of this research were to study factors related to readmission due to hyperbilirubinemia in newborns. The samples were 104 qualified mothers and the newborns who received the services at Bangpakong hospital. Data was collected by using questionnaire of mothers and newborns biodata and medical record checklist. The Chi-square was applied as the analytical statistic tool to analyzed the relationship between factors in mothers, newborns, treatment, and Promoting factors when returning home with readmission due to hyperbilirubinemia in newborns.

The research finding revealed that there were 3 factors related to readmission due to hyperbilirubinemia in newborns with resulting of statistical reliability of .05 significantly, the factors in newborns, treatment, and Promoting factors when returning home, and the factors in mothers were not related to readmission due to hyperbilirubinemia in newborns. Thus, the early detection of factors in mothers and newborns should be done for suitable care plan to prevent and decrease readmission due to hyperbilirubinemia in newborns.

Keywords: jaundice (hyperbilirubinemia) in newborns, readmission

¹ กลุ่มงานบริการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลบางปะกง

² กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบางปะกง

บทนำ

ภาวะตัวเหลืองเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด และเป็นสาเหตุหลักของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทั้งในทารกเกิดครบกำหนดและทารกเกิดก่อนกำหนดระยะท้าย (late preterm infant) จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทารกแรกเกิดครบกำหนดในต่างประเทศ จำนวน 781,074 ราย พบว่ามีทารกจำนวน 8 ต่อ 1000 ราย ที่ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วย ภาวะตัวเหลือง และยังพบว่าทารกที่กินนมแม่เพียงอย่างเดียวที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 2 วันหลังเกิด รวมถึงทารกที่เกิดจากการดาวน์ซินโดรม จะมีความเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วย ภาวะตัวเหลืองมากขึ้น โรงพยาบาลบางปะก่งประสบกับปัญหานี้เช่นเดียวกัน จากสถิติของโรงพยาบาลบางปะก่งด้วยการศึกษาเวชระเบียนย้อนหลังของโรงพยาบาลบางปะก่ง พบว่า ในปีพ.ศ. 2560 -2562 มีทารกแรกเกิดที่คลอดที่โรงพยาบาลบางปะก่ง กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะตัวเหลือง เพิ่มขึ้นจำนวน 50, 32 และ 40 รายตามลำดับ ซึ่งในทารกกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตัวเหลือง ถ้าไม่ได้มีการนัดติดตามอาการอย่างใกล้ชิด อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะตัวเหลืองรุนแรง ส่งผลให้เกิดความพิการทางสมองได้ ซึ่งความพิการทางสมองนี้เกิดจากการถูกทำลายของเนื้อสมองอย่างถาวรจากการที่มีระดับบิลิรูบินที่สูงมากเกินไปในเลือด มากกว่าปริมาณอัลบูมินจะได้รับหมด ทำให้มีบิลิรูบินอิสระ (unbound bilirubin) ในกระแสเลือดและผ่าน blood brain barrier เข้าไปในสมองเกาะติดกับเนื้อสมอง ขัดขวางการนำเข้าของออกซิเจนและการใช้ออกซิเจนของเซลล์สมอง ทำให้เซลล์สมองเสียไป ซึ่งจากการศึกษาในทารกที่ถึงแก่กรรม พบว่า เนื้อสมองบริเวณที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ ส่วนของ basal ganglia จะมีบิลิรูบินเกาะติดหนาแน่นและอาจพบบริเวณอื่นๆได้อีก คือ globus pallidus, hippocampus และ cerebellum (ปิติพร ศิริพัฒน์พิพงษ์, 2561)

จากปัญหาความรุนแรงดังกล่าว การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ด้วยภาวะตัวเหลืองเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อที่จะป้องกันติดตาม และให้การรักษาที่ทันทั่วถึง และควรศึกษาอย่างรอบด้านเนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านที่ทำให้เกิดภาวะเหล่านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงคณัฐ สุขยานุติษฐ์ เรื่องความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการรักษาด้วยการส่องไฟในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลือง ในรพ.ท่าตุม จ.สุรินทร์ พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองหลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านแล้วมีหลายปัจจัยเช่น อายุทารกน้อยกว่า 1 วันตอนที่ส่องไฟครั้งแรก น้ำหนักตอนแรกคลอดน้อยกว่า 2,000 กรัม ภาวะการติดเชื้อในมารดา ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกและภาวะติดเชื้อแรกคลอดของทารก เป็นต้น (นงคณัฐ สุขยานุติษฐ์, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ Amit Blumovich, Laurence Mangel, Sivan Yochpaz, Dror Mandel & Ronella Marom (2020) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาซ้ำเนื่องจากภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดที่มีสุขภาพดี : การศึกษาแบบย้อนหลังและเชิงสังเกต พบว่า ระยะเวลานอนรพ.เพิ่มขึ้นทุก 1 วัน risk of readmission ลดลง 48% การได้รับการส่องไฟระหว่างนอนรพ. เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำลดลง 71 ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) เพิ่มขึ้นทุก 1% เกิดภาวะเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำเพิ่มขึ้น 28% และน้ำหนักลดลง >5% ก่อนกลับบ้าน เกิดภาวะเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มขึ้น 2.78 เท่า (Amit Blumovich, Laurence Mangel, Sivan Yochpaz, Dror Mandel, & Ronella Marom, 2020) ซึ่งปัจจัยบางอย่างเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมหรือป้องกันได้ และการดูแลทารกตัวเหลืองอย่างมีประสิทธิภาพนั้นมีความสำคัญ ในการลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดอัตราการส่งต่อ ลดระยะเวลาในการรักษาและลดความวิตกกังวลของญาติ ทำให้ทารกตัวเหลืองได้รับการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัย และที่สำคัญ การค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ทารกกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองจะมีประโยชน์ในการช่วยระบุตัว (identify) ทารกที่มีความเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด สามารถให้การรักษาได้ทันทั่วถึง ป้องกันการเกิดภาวะ

ตัวเหลืองรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัวต่อไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะ ตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง เพื่อหาแนวทางในการเฝ้าระวังผลเสียที่จะเกิดในทารกกลุ่มดังกล่าว และเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวการเข้ามารับการรักษาซ้ำในทารกที่มีภาวะตัวเหลืองอีกประการหนึ่ง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง ด้านมารดา ด้านทารก ด้านการรักษา และด้านปัจจัยส่งเสริมเมื่อกลับบ้าน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเดิม งานวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา (เลขที่รับรอง PH_CCO_REC 002/2564) ระยะเวลาการศึกษา ปีงบประมาณ 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย เวชระเบียนข้อมูลของมารดาและทารกแรกเกิดที่มาคลอดโรงพยาบาลบางปะกง และมีประวัติกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองโดยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะตัวเหลืองเมื่อเทียบกับกราฟของ AAP ทั้งหมด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2562 รวม 3 ปี จำนวน 104 คน

การนำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การประมาณค่าสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจเท่ากับ 0.05 ระดับความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% และคัดกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

อย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากได้นำทุกคนมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 104 คน

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ด้วยการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเดิม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสร้างแบบเก็บข้อมูล ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางปะกง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแบบเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจข้อมูลย้อนหลังเวชระเบียนข้อมูลทารกแรกเกิดที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองโรงพยาบาลบางปะกง เพื่อเป็นเครื่องมือและแบบฟอร์มที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
3. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อดำเนินการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ระยะเวลา 3 เดือน หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราแล้ว โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนทารกแรกเกิดที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองโรงพยาบาลบางปะกง ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560-2562 รวม 3 ปี นำมาตอบในแบบสอบถาม
4. นำข้อมูลมาสรุปผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพื้นฐาน สถิติที่ใช้เปรียบเทียบปัจจัยความสัมพันธ์ แบบ nonparametric ได้แก่ chi square และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง จำนวน 104 คน โดยเพศทารกเป็นเพศชาย จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 58.70 เพศหญิง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 41.30 ตามลำดับ ด้านลำดับบุตร เป็นบุตรคนแรก จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 32.70 บุตรคนที่ 2 ขึ้นไป จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 67.30 ตามลำดับ และอายุที่เข้ารับการรักษาตัวซ้ำ พบว่า อายุ 3 – 4 วัน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 31.40 อายุ 5 – 6 วัน จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 39.00 และอายุ ≥ 7 วันจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28.60 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง

2.1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ลำดับบุตร เพศทารก วิธีการคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง

2.2 ด้านมารดา ด้านทารก ด้านการรักษา และด้าน ปัจจัยส่งเสริมเมื่อกลับบ้าน พบว่า

ด้านมารดา พบว่า ปัจจัยทั้งด้านอายุครรภ์และอายุมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง

ด้านทารก พบว่า น้ำหนักก่อนจำหน่ายลดลง $>7\%$ และ สาเหตุของภาวะตัวเหลือง มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนน้ำหนักแรกเกิด ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ด้านการรักษา พบว่า ระยะเวลานอนโรงพยาบาล และระยะเวลาการส่องไฟก่อนกลับบ้านมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับ Microbilirubin ก่อนกลับบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ด้านปัจจัยส่งเสริมเมื่อกลับบ้าน พบว่า การนัดติดตามอาการหลังออกจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการกินนมแม่อย่างเดียว ไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง และมารดาได้รับการประเมินความเพียงพอของนม ได้รับการฝึกทักษะในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและมารดาทราบวิธีการดูแลเด็กตัวเหลืองที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทารกต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง (N=104)

รายการ	อายุที่เข้ารับการรักษาตัวซ้ำ			χ^2	p-value
	3 - 4 วัน	5 - 6 วัน	≥ 7 วัน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ด้านทารก					
1.2 น้ำหนักก่อนจำหน่ายลดลง $>7\%$				6.02	0.04*

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทารกต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
ด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกง (N=104)

รายการ	อายุที่เข้ารับการรักษาตัวซ้ำ			X ²	p-value
	3 - 4 วัน	5 - 6 วัน	≥ 7 วัน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
- ใช่	10	21	18		
	(30.00)	(51.20)	(60.00)		
- ไม่ใช่	23	20	12		
	(69.70)	(48.80)	(40.00)		
สาเหตุของภาวะตัวเหลือง				25.78	0.03*
G6PD deficiency	4	9	5		
	(12.10)	(22.00)	(16.70)		
Bruising/Cephalhemetoma	2	2	1		
	(6.10)	(4.90)	(3.30)		
Breast feeding jaundice	14	11	7		
	(42.40)	(26.80)	(23.30)		
Breast milk jaundice	0	6	10		
	(0.00)	(14.60)	(33.30)		
Preterm	0	4	3		
	(0.00)	(9.80)	(10.00)		
สาเหตุของภาวะตัวเหลือง				25.78	0.03*
Infection	0	1	0		
	(0.00)	(2.40)	(0.00)		
- ไม่ทราบสาเหตุ	13	0	0		
	(39.40)	(19.50)	(13.30)		
ด้านการรักษา					
ระยะเวลาก่อนนอนโรงพยาบาล				14.67	0.00*
48 – 60 ชม.	32	30	20		
	(97.00)	(73.20)	(66.70)		
> 60 – 72 ชม.	0	3	0		
	(0.00)	(7.30)	(0.00)		
- > 72 ชม.	1	8	10		
	(3.00)	(19.50)	(33.30)		
1.2 ระยะเวลาก่อนการส่องไฟก่อนกลับบ้าน				21.82	0.01*
- ไม่ได้รับการส่องไฟ	33	31	20		
	(100.00)	(75.60)	(66.70)		
- 1 วัน	0	7	2		
	(0.00)	(17.10)	(6.70)		
- 2 วัน	0	3	5		
	(0.00)	(7.30)	(16.70)		
≥ 3 วัน	0	0	3		

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านทารกต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกอก (N=104)

รายการ	อายุที่เข้ารับการรักษาตัวซ้ำ			X ²	p-value
	3 - 4 วัน	5 - 6 วัน	≥ 7 วัน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
	(0.00)	(0.00)	(10.00)		
ด้านปัจจัยเสริมเพื่อกลับบ้าน					
ภาวะตัวเหลืองก่อนนัดติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาล				9.22	0.01*
ไม่ใช่	26 (78.80)	37 (90.20)	18 (60.00)		
ใช่	7 (21.20)	4 (9.80)	12 (40.00)		

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีเพียง 3 คือ ด้านทารก ด้านการรักษา และด้านปัจจัยส่งเสริมเมื่อกลับบ้าน โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกอก ด้านทารก พบว่า น้ำหนักก่อนจำหน่ายลดลง >7% มีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากทารกที่มีน้ำหนักตัวก่อนกลับบ้านลดลงมากกว่า 7% สัมพันธ์กับการได้รับน้ำนมไม่เพียงพอในช่วงแรก ซึ่งสอดคล้องกับสาเหตุที่ทำให้ทารกกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองมากที่สุดคือ breast feeding jaundice เช่นเดียวกับการศึกษาของ นงคินุช สุขยานุติษฐ(2555) ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาด้วยการส่องไฟซ้ำคือน้ำหนักตัวลดลงก่อนกลับบ้านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 การศึกษาของ Amit Blumovich และคณะ (2020) พบว่า น้ำหนักลดลง มากกว่า 5% ก่อนกลับบ้าน เพิ่มrisk of readmission ขึ้น 2.78 เท่า และ การศึกษาของ Ariel A Salas และคณะ(2009) พบว่า 38% ของทารกที่มาreadmitด้วยภาวะตัวเหลือง มี

significant weight loss (2/3 weight loss>10%) และสาเหตุของภาวะตัวเหลืองมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า สาเหตุจาก breast feeding jaundice มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.80 รองลงมาคือ ไม่ทราบสาเหตุ คิดเป็นร้อยละ 23.10 และ G6PD Deficiency คิดเป็นร้อยละ 17.30 สอดคล้องกับการศึกษาของเปียทิพย์ บุญมงคล¹⁸ ซึ่งพบว่าสาเหตุของภาวะตัวเหลือง 3 อันดับแรก คือ 1) breast feeding jaundice 2) ไม่ทราบสาเหตุ 3) G6PD deficiency และการศึกษาของปิ่นมณี แซ่เตีย¹⁷พบว่าสาเหตุของภาวะตัวเหลือง 3 อันดับแรกคือ 1) ไม่ทราบสาเหตุ 2) G6PD deficiency 3) breast feeding jaundice

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลบางปะกอก ด้านการรักษา พบว่า ระยะเวลาการนอนรพ.เพียง 48 – 60 ชม. ทารกกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองมากที่สุด จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 78.80 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก การจำหน่ายทารกที่มีอายุก่อน 48 ถึง 72 ชั่วโมง (แม้ว่าขณะนั้นค่าบิลิรูบินอาจยังอยู่ในเกณฑ์ปกติก็ตาม) แต่เป็นช่วงที่ทารกยังมีระดับค่าบิลิรูบินที่กำลังสูงขึ้น

ดังนั้นหากปราศจากการติดตามในช่วงเวลาที่เหมาะสม จะทำให้ไม่สามารถตรวจพบค่าบิลิรูบินที่อาจมีระดับสูงได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันทารกเกือบทั้งหมดจะได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวทั้งสิ้น เป็นที่ทราบกันดีว่าทารกที่ได้รับนมแม่อย่างถูกต้องและเพียงพอ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวเหลืองรุนแรง ดังนั้นการที่ทารกกลับบ้านเร็วเกินไป อาจทำให้มารดาและทารกยังไม่ได้รับการดูแลและรับการแก้ไขเรื่องการให้นมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทารกที่คลอดในโรงพยาบาลบางปะกึ่งส่วนใหญ่หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลหลัง 48 ชั่วโมง ซึ่งในทารกบางราย จะยังไม่แสดงอาการตัวเหลืองให้เห็น และไม่ได้รับการตรวจบิลิรูบินก่อนกลับบ้าน ส่วนทารกที่นอนโรงพยาบาลหลายวันเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนอย่างอื่น จะได้รับการประเมินภาวะตัวเหลืองจากแพทย์ผู้ดูแล และได้รับการส่องไฟขณะอยู่ในโรงพยาบาลเมื่อระดับ Microbillirubin สูงถึงเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amit Blumovich(2020) ที่พบว่าระยะเวลานอนรพ.เพิ่มขึ้นทุก 1 วัน ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (risk of readmission) ลดลง 48% การศึกษาของ Shiliang Liu และคณะ(2000) พบว่าระยะเวลานอนรพ. ลดลง ทำให้ readmission rate ด้วยภาวะ jaundice เพิ่มขึ้น การศึกษาของ Chelsea A Ruth และคณะ(2014) พบว่าระยะเวลานอนรพ. ≤ 2 วัน เพิ่มความเสี่ยงต่อ readmission การศึกษาของ Robert T. Hall และคณะ(2000) พบว่า ทารกแรกเกิดที่อยู่ รพ. ≥ 3 วัน ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (rate of readmission) ลดลง การศึกษาของ Rawad Farhat และคณะ(2011) พบว่า ระยะเวลานอนรพ. ≤ 48 ชั่วโมง สัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (readmit) ด้วย jaundice และการศึกษาของ Paula Radmacher(2002) พบภาวะตัวเหลืองจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็ว (Early discharge) readmit มากกว่า การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลล่าช้า (Late discharge)

ระยะเวลาส่องไฟก่อนกลับบ้านมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางปะกึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ทารกที่ไม่เคยได้รับการส่องไฟก่อนกลับบ้าน กลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองมากที่สุด จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 80.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ Amich Blumovic และคณะ(2020) ที่พบว่าทารกแรกเกิดที่เคยได้รับการส่องไฟขณะอยู่รพ. risk of readmission ลดลง 71% การศึกษาของ Andrea C. Wickremasinghe และคณะ(2018) พบว่ากลุ่มที่ได้ subthreshold photo ตั้งแต่แรกเกิด readmit 4.9% ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ subthreshold photo ตั้งแต่แรกเกิด readmit 12.8%

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางปะกึ่ง ด้านปัจจัยส่งเสริมเมื่อกลับบ้านพบว่า การนัดติดตามอาการหลังจากออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลบางปะกึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ทารกที่ได้รับการติดตามอาการหลังจากออกจากรพ. กลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำ ในระยะ 5-6 วัน มากที่สุดจำนวน 37 คน รองลงมาคือ 3-4 วัน จำนวน 26 คน และ ≥ 7 วัน จำนวน 18 คน ตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ทารกที่ได้รับการนัดติดตามอาการอาการส่วนใหญ่จะมีปัจจัยที่แพทย์ผู้ดูแลคิดว่า ทารกมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตัวเหลืองขึ้นภายหลังได้อยู่แล้ว เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวก่อนกลับลดลงมาก ทารกที่คลอดโดยใช้เครื่องดูด หรือทารกที่ก่อนกลับบ้าน มีค่า Microbillirubin ใกล้เคียงระดับที่ต้องส่องไฟ

ข้อเสนอแนะ

1. ภาวะ breast feeding jaundice เป็นสาเหตุของภาวะตัวเหลืองที่พบได้บ่อย แม้ว่าหลังคลอดมารดาทุกรายจะได้รับการประเมินความเพียงพอของน้ำนม และได้รับการฝึกทักษะในการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดาแล้วก็ตาม แต่การอยู่

โรงพยาบาลเพียงระยะเวลาสั้นๆ อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร จึงควรมีแนวทางการติดตามมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวก่อนกลับบ้านลดลงมากเกินไปอาจพิจารณาให้อยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เพื่อให้มารดาฝึกเลี้ยง และประเมินภาวะตัวเหลืองซ้ำ และควรได้รับการนัดติดตามอาการตัวเหลืองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกรายภายใน 7 วัน ซึ่งความถี่ในการตรวจวัดระดับบิลิรูบินขึ้นกับความเสี่ยงของทารกที่จะเกิด severe hyperbilirubinemia ปัจจัยเสี่ยงที่พบร่วม และอาการของทารก เป็นหลัก

3. ทารกที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตัวเหลือง แพทย์ผู้ดูแลอาจพิจารณาให้การรักษาโดยการส่องไฟในระดับค่าบิลิรูบินที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เพื่อลดการกลับมา readmit ด้วยภาวะตัวเหลือง ทั้งนี้อาจต้องคำนึงถึง cost-effectiveness และความจำเป็นของครอบครัวควบคู่กันไปด้วย

4. การนัดติดตามทารกแรกเกิดที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะตัวเหลืองมีความสำคัญอย่างมาก ถึงแม้จะทำให้อัตราการreadmit ด้วยภาวะตัวเหลืองเพิ่มขึ้น แต่การวินิจฉัยได้รวดเร็วและให้การรักษาที่ทัน่วงที จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเหลืองรุนแรง ลดอัตราการเปลี่ยนถ่ายเลือด ลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

- Amit Blumovich, Laurence Mangel, Sivan Yochpaz, Dror Mandel, & Ronella Marom. (2020). Risk factors for readmission for phototherapy due to jaundice in healthy newborns: a retrospective, observational study. *BMC pediatrics*, 20, 248.
- Shiliang Liu, Shi Wu Wen, Douglas McMillan, Konia Trouton, Dawn Fowler, & Catherine McCourt. (2000). Increase neonatal readmission rate associated with decrease length of hospital stay at birth in Canada. *Canadian journal of public health*, 91(1), 46-50.
- Chelsea A Ruth, Noralou P Roos, Elske Hildes-Ripstein, & Mami D Brownell. (2014). Early term infants, length of birth stay and neonatal readmission for jaundice. *Paediatr child health*, 19(7), 353-354.
- Elizabete Punaro, Maria Aparecida Mezzacappa, & Fernando Perazzini Facchini. (2011). Systematic follow-up of hyperbilirubinemia in neonates with gestational age of 35 to 37 weeks. *Journal de pediatria*, 87(4), 301-306.
- Michael G. Bentz, Nancy Carmona, Manavi M. Bhagwat, Lindsay M. Thimmig, Jamal Saleh, Uchechukwu Eke, Jolene Kokroko, Ran Dadasovich, Brooke Rice, & Michael D. Cabana. (2018). Beyond "Asian": specific east and southeast Asian races or ethnicities associated with jaundice readmission. *Hospital pediatrics*, 8(5), 269-273.
- Michael Sgro, Douglas Campbell, & Bibhuti Shah. (2006). Incidence and cause of severe neonatal hyperbilirubinemia in Canada. *CMAJ*, 175(6), 587-590.
- Ariel A Salas, Jorge Salazar, Claudia V Burgoa, Carlos A De-Villegas, Valeria Quevedo, & Amed Soliz. (2009). Significant weight loss in breastfed term infants readmitted for hyperbilirubinemia. *BMC Pediatrics*, 9, 82.
- Andrea C. Wickremasinghe, Michael W. Kuzniewicz, Charles E. McCulloch, & Thomas B. Newman. (2018). Efficacy of subthreshold newborn phototherapy during the birth hospitalization in preventing readmission for phototherapy. *JAMA Pediatrics*, 172(4), 378-385.
- Robert T. Hall, Stephen Simon, & Marsha T. Smith. (2000). Readmission of breastfed infants in the first 2 weeks of life. *Journal of perinatology*, 20, 432-437.
- G J Escobar, J D Greene, P Hulac, E Kincannon, K Bishoff, M N Gardner, M A Armstrong, & E K France. (2005). Rehospitalisation after birth hospitalization: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child*, 90, 125-131.

- Rawad Farhat, & Mariam Rajab. (2011). Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *North American journal of medical sciences*, 3(3), 146-151.
- Paula Radmacher, Christopher Massey, & David Adamkin. (2002). Hidden morbidity with successful early discharge. *Journal of perinatology*, 22, 15-20.
- Maria Pia De Carolis, Carmen Cocca, Elisabetta Valente, Serafina Lacerenza, Serena Antonia Rubortone, Antonio Alberto Zuppa, & Costantino Romagnoli. (2014). Individualized follow up programme and early discharge in term neonates. *Italian journal of pediatrics*, 40, 70.
- นงคณัฐ สุขยานุติชัย. (2555). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการรักษาด้วยการส่องไฟซ้ำในทารกแรกเกิดที่มีภาวะตัวเหลืองในโรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่6 จังหวัดขอนแก่น*, 20(1), 19-30.
- ศิริรัตน์ กิตติพิชัย. (2553). ภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต4-5*, 29(2), 115-123.
- จิรณัฐ พวงแก้ว. (2553). สาเหตุภาวะตัวเหลืองของทารกแรกเกิดที่ต้องได้รับการส่องไฟ ในโรงพยาบาลกำแพงแสน. *วารสารแพทย์เขต4-5*, 29(4), 439-442.
- ปิ่นมณี แซ่เตีย. (2550). ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดในโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 22(3), 461-467.
- เปี้ยทิพย์ บุญมงคล. (2550). ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารแพทย์เขต6-7*, 26(3), 299-310.
- อรภัทร วิริยอุดมศิริ. (2561). การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักที่อายุ 24, 48 ชั่วโมงหลังคลอดสำหรับทำนายภาวะ breast feeding jaundice ในกลุ่มทารกแรกเกิดครบกำหนด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 33(1), 11-21.
- สมพร โชติณฤมล. (2558). การวัดระดับบิลิรูบินทางผิวหนังเพื่อทำนายการเกิดภาวะบิลิรูบินในเลือดสูงในทารกแรกเกิดไทย. เข้าถึงได้จาก tnrr.in.th/2558/?page=result_search&record_id=50211.
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2551). สถิติทารกแรกเกิดตัวเหลืองปี พ.ศ. 2548-2550. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2552. นนทบุรี:กระทรวงสาธารณสุข.
- American Academy of Pediatrics, Subcommittee on hyperbilirubinemia. (2004). clinical practice guideline: Management of hype bilirubinemia in newborn infant 35 or more weeks of gestation, *Pediatrics* 2004, 114: 297-316.
- The National Institute for Health and Care. (2012). NICE guide line jaundice. Retrieved from www.evidence.nhs.uk/topic/jaundice.
- สิริกัญญา เกษสุวรรณ . (2561). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปิติพร ศิริพัฒน์พิพงษ์. (2561). ภาวะตัวเหลืองที่สัมพันธ์กับการกินนมแม่. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 57(1), 4-9.

การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกในสมองระหว่างผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป : กรณีศึกษา Anesthetic Nursing Care for Sub Occipital Craniotomy Removal Carebella Tumor Patient : A Case Study

(Received: December 15, 2021; Accepted: December 26, 2021)

สุชาดา หงษ์เหมื่อน¹
Suchada hongmuean

บทคัดย่อ

หญิงไทยคู่ อายุ 51 ปี ให้ประวัติ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เดินเซ ไปทางขวา 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดศีรษะมากขึ้น เริ่มรู้สึกอ่อนแรงที่แขนขาข้างซ้าย ตรวจพบมี Left cerebellar tumor ผลจาก computed Tomography scan (CT scan) แพทย์ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อนำเนื้องอกสมองออก (Sub occipital craniotomy removal tumor) วิสัญญีแพทย์เลือกให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในระหว่างการผ่าตัดมีการเสียเลือดได้ให้สารน้ำและเลือดทดแทน เมื่อการผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ แต่ยังคงอยู่ในระยะที่ระบบไหลเวียนเลือดไม่คงที่ (hemodynamic phase) ระยะหลังผ่าตัดย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักโดยใส่ท่อช่วยหายใจและควบคุมการหายใจด้วยเครื่องควบคุมปริมาตร (volume control ventilation) รวมระยะเวลาในหอผู้ป่วยวิกฤติ 3 วัน ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจและหายใจเองได้ อาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถกลับบ้านได้ปลอดภัยโดยแพทย์อนุญาต รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 10 วัน

คำสำคัญ เนื้องอกสมองส่วนสมองน้อย การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนใต้ท้ายทอย

Abstract

A case report, age 51 years-old female patient with headache around occipital area, ataxia and postural control imbalance, 2 weeks later having more headache and weakness at the left arm and leg before coming to the hospital. CT brain had been done for her to investigate, cerebella tumor was found as a result. She was admitted to prepare for craniotomy to remove. The surgery underwent with general anesthesia.

During the surgery, there is a blood loss that can be replaced by blood.

Upon completion of the surgery, the patient whose vital signs were normal but still in the circulatory system was unstable during the postoperative period, the patient was transferred to the intensive care unit. by intubation and breathing control with volume control. Total time spent in the critically ill ward for 3 days. The patient can remove the ventilator and breathe on her own. Symptoms improved respectively, able to return home safely with doctor's permission, total length of hospital stay 10 days.

Keywords : Cerebellar tumor, Sub occipital craniotomy removal cerebella tumor

¹ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี

บทนำ

เนื้องอกสมอง หรือ Brain tumor เป็นเนื้องอกที่เกิดขึ้นภายในกะโหลกศีรษะอาจเกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์ประสาทสมอง เยื่อหุ้มสมอง ต่อมใต้สมอง เซลล์โพรงสมอง หรือ เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งจากอวัยวะอื่น ส่วนใหญ่เนื้องอกสมองที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 70 จะเป็นชนิด Glioma ซึ่งเกิดจากบริเวณ Supratentorial แม้ว่าเกิดเนื้องอกสมองมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 1.4 แต่อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60 ในด้านอุบัติการณ์การเกิดของโรคพบเนื้องอกชนิดร้ายแรงประมาณ 11.52/ประชากร 100,000 คน ต่อ ปี เนื้องอกไม่ร้ายแรงประมาณ 7.19 คน / ปี สำหรับประเทศไทยพบประมาณ 18.71 ต่อ 100,000 ประชากร ต่อปี และพบว่าเป็นเนื้องอกสมองชนิด Glioma ร้อยละ 50 และเนื้องอกสมองชนิด Meningioma ร้อยละ 60

เนื้องอกสมองมีผลกระทบหลากหลายเช่น ทำลาย กด เบียด เนื้อสมอง กดทับเส้นประสาทสมอง ทำให้เกิดภาวะสมองบวม (Brain edema) เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะเพิ่ม (Increased intracranial pressure) และภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) เกิดการเคลื่อนตัวของสมอง (Brain herniation) เนื้องอกกดทับหลอดเลือด เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง (Brain infarction) ทำให้เกิดอาการผิดปกติของระบบประสาท และอาจเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาจากพยาธิสภาพดังกล่าวก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงหลากหลายเช่น ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว รวมทั้งการเคลื่อนไหวร่างกาย การมองเห็น การสื่อสาร การพูด ความคิด หรือความจำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การผ่าตัดเนื้องอกสมองเป็นชนิดของการผ่าตัดทางระบบประสาทส่วนสมองโดยเปิดกะโหลกศีรษะเป็นแผ่น (Craniotomy) เพื่อเป็นการรักษารอยโรคที่เป็นเนื้องอกสมองออก ตำแหน่ง

ของการเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อเลือกช่องทางเข้าของพยาธิสภาพในกะโหลกศีรษะขึ้นอยู่กับความชำนาญประสบการณ์ของศัลยแพทย์ โดยจะเลือกผ่านทางที่ใช้ระยะเวลาที่สั้นที่สุด มีการดัดรังสมองหรือทำลายเนื้อเยื่อน้อยที่สุด

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลพระพุทธบาท ในปี 2561 ถึง 2563 มีการผ่าตัดกะโหลกศีรษะเฉลี่ย 141 คนต่อปี โดยเฉลี่ยร้อยละ 32.94 เป็นการผ่าตัดเนื้องอกในสมอง จะเห็นว่าการอุบัติการณ์ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาผู้ป่วยเนื้องอกสมองมีความสำคัญที่แพทย์ผู้เกี่ยวข้องและพยาบาลผู้เกี่ยวข้องต้องเข้าใจ และดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะช่วงของการผ่าตัด เพื่อลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิสัญญีพยาบาลเป็นอีกบุคคลสำคัญของทีมสุขภาพที่มีบทบาท สำคัญในการประสานงานระหว่างแพทย์ผู้ทำผ่าตัดพยาบาลประจำห้องผ่าตัดและพยาบาลประจำตึก รวมทั้งความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยช่วงของการรักษาด้วยการผ่าตัดที่มีการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยที่มาทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกเพื่อให้ผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่ได้รับยาระงับความรู้สึก และทำผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อกำจัดเนื้องอกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถฟื้นฟูกลับบ้านต่อไป

รายงานผู้ป่วย

หญิงไทยคู่ อายุ 51 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดสระบุรี การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง รู้สึกตัวดีสามารถสื่อสารได้ปกติ

อาการสำคัญ

วันที่ 3 สิงหาคม 2563 เข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลพระพุทธบาท เนื่องจากแพทย์นัดทำผ่าตัดเนื้องอกที่สมอง

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย เดินเซไปทางขวาทรงตัวไม่ค่อยอยู่ การมองเห็นปกติ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูงศีรษะมากขึ้น แขนขาข้างซ้ายเริ่มอ่อนแรง ไม่มีหน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว ไปตรวจที่โรงพยาบาลวังม่วง และได้ถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลพระพุทธบาทที่แผนกศัลยกรรมประสาทแพทย์ได้ส่งตรวจ computer to tomography scan (CT scan) พบมีก้อนเนื้ออกดำแหน่ง Left cerebellar ร่วมกับมีภาวะสมองบวม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 3 ปี รักษาโรงพยาบาลวังม่วงแต่ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ได้รับยาเบาหวาน glipizide 2 มิลลิกรัม 1 เม็ด ก่อนอาหารวันละ 1 ครั้ง

ประวัติการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia) ปี 2532 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่มีประวัติสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร

ประวัติครอบครัว

ไม่มีประวัติญาติพี่น้องเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการได้รับยาระงับความรู้สึกจากการผ่าตัด

การตรวจร่างกายแรกพบ

Vital signs : ความดันโลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 22.22 กิโลกรัม/ตารางเมตร

GA: A middle age Thai female, good consciousness, well co – Operative no dyspnea

Skin: no rash no petechiae, no skin infection

HEENT

Head: normal shape size, symmetry

Eye: not pale conjunctiva, anicteric sclera, no exophthalmos, no blurred, no diplopia vision

Ear: normal external ears pinna, normal external auditory canal

Nose: nasal septum in midline, normal mucosa, no external bleeding

Mouth & Throat: pharynx not injected, tonsil not enlargement, no oral ulcer, open >3 cm. mallampati class 2

Neck: thyroid does not enlarge, trachea in midline, no engorged neck veins, Thyromental >6.5 cm. normal atlanto occipital extension

Respiratory system: normal chest contour, equal chest movement & expansion, normal breath sound, surgical scar length 10 cms. At left breast

Cardiovascular System: no active precordium, regular pulsation, normal S1S2, no murmur

Abdomen: round contour, liver & spleen not palpable, no distension, bowel sound positive classical incision scar seen

Extremity: distal neuro – deficit and ataxia movement, motor power extremity right arm and leg grade 5, left arm and leg grade 4, sensory intact, no fracture

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete Blood Count :

วันที่ 03/08/630 : Hct 37.1 %, Plt 264,500 cell/cumm ผลปกติ

Blood urea nitrogen, Creatinine, Glomerular Filtration rate :



วันที่ 03/08/63 : BUN 14 mg/dl, Cr 0.7 mg/dl, GFR 90.74 mg/dl stage 1

FBS

วันที่ 03/08/63 112 mg/dl สูงเล็กน้อย

Electrolyte :

วันที่ 03/08/63 : Sodium 136 mmol/L, Potassium 3.6 mmol/L, Chloride 101 mmol/L, CO2 24 mmol/L

Coagulation :

วันที่ 03/08/63 : PT 12.0 Sec, PTT 20.7 Sec, INR 0.98 sec normal coagulation

Electrocardiogram

Normal rate 82 ครั้ง/นาที

Chest X – ray :

Normal, no infiltration both lung, no cardiomegaly

CT scan Brain :

Heterogenous isodense lesion at left cerebellar hemisphere a butting left tentorium cerebelli size width 3.2 long 2.3 high 2.6 centimeter with vasogenic white meter edema mass effect to 4th ventricle. r/o hydrocephalus defined hyper dense at right Parietal lobe and brain edema

การดำเนินโรค

แพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 3 สิงหาคม 2563 ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 3 แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ปกติ : ความดันโลหิต 121/78 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ได้รับการวินิจฉัย brain tumor left cerebellar ศัลยแพทย์ระบบประสาทวางแผนการผ่าตัด Sub occipital craniotomy removal tumor ในวันที่ 4 สิงหาคม 2563 โดยให้เตรียมเลือด packed red cells 4 units , FFP 2 units และขอเตียงในแผนกวิฤตเพื่อรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ยาที่ให้ขณะรอผ่าตัดได้แก่

dexamethasone 5 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง เพื่อลดสมองบวม ยากันชัก Dilantin 100 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมง วันผ่าตัดเตรียมยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 gm. มาพร้อมกับผู้ป่วย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % normal saline 80 ซีซีต่อชั่วโมง

วิสัญญีแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วย เพื่อวางแผนระงับความรู้สึก ในการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ โดยใช้วิธีระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (general anesthesia : GA) เน้นการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด เช่น ภาวะแรงในกะโหลกศีรษะสูง การสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด และป้องกันปัญหาแทรกซ้อนจากการจัดทำค่า

วิสัญญีพยาบาลตรวจเย็บและประเมินอาการก่อนผ่าตัด 1 วัน พบผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ปกติ มีอาการแขนซ้ายอ่อนแรง ไม่ปวดศีรษะ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศา รายงานแพทย์ วิสัญญีรับทราบ สั่งยา Pre medication วันผ่าตัด omeprazole (20 mg) 1 cap ทางปาก 7.00 น. และดื่มน้ำ 30 มิลลิลิตรตาม เจาะ Fasting blood sugar : FBS 6.00 น. keep 80 mg/dl – 200 mg/dl ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่า 200 mg/dl ให้ RI 4 units subcutaneous มากกว่า 250 mg/dl ให้ RI 6 units subcutaneous มากกว่า 350 mg/dl ให้ RI 8 units subcutaneous วิสัญญีแพทย์เลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยให้เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดหลอดเลือด (arterial line : A line) และหลอดเลือดดำ 2 เส้น เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและลดความวิตกกังวล

วันผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ก่อนเริ่มผ่าตัด ทำการตรวจเช็คความถูกต้องของผู้ป่วย และดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกด้วย Propofol เป็นยานำสลบ ทางหลอดเลือดดำ และใส่ท่อช่วย

หายใจด้วย non – depolarized (cisatracuim) เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ ควบคุมยาสลบโดยเทคนิค Balance Anesthesia ด้วย Volatile agent และ opioid คือ O_2 : Air : sevoflurane และ Fentanyl เฝาระวังสัญญาณชีพด้วย EKG , Invasive (A – line),Pulse,Etc O_2 ,urine output,Temperature และทดแทนสารน้ำและเลือดตามที่สูญเสีย ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด 5 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดประมาณ 900 ซีซี ให้สารน้ำ NSS 3,00 ซีซี ,Paeked red cell 2 units ตลอดระยะเวลาผ่าตัด สัญญาณชีพปกติความดันโลหิตอยู่ในช่วง 118/72 – 139/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 72-90 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนร้อยละ 98-99 หลังผ่าตัดเสร็จนำส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยหนัก โดยไม่แก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และต่อเครื่องช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยหนัก

หลังผ่าตัดวันที่ 1 วันที่ 5 สิงหาคม 2563 ที่หอผู้ป่วยแผนกวิกฤต ผู้ป่วย on ventilater setting mode(continuous mandatory ventilation : CMV) respiratory rate (RR) 16 ครั้ง/นาที ปริมาตรออกซิเจน (tidal volume : TV) 500 มิลลิลิตร ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในอากาศ (fraction of inspire oxygen : $Fi O_2$) 0.4 แรงดันบวกระยะสิ้นสุดการหายใจ(positive end expired : PEEP) 3 ลิตร/นาที ระดับความรู้สึกเมื่อเรียก มีไข้ต่ำๆ อุณหภูมิ 37..9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาทีต่อความอิ่มตัวของออกซิเจนร้อยละ 98-99 แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ระดับความปวดแผล 3 คะแนน เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจสลับกับการให้ออกซิเจนผ่านทางหลอดลม ค่าความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือดร้อยละ 37

หลังผ่าตัดวันที่ 2 วันที่ 6 สิงหาคม 2563 แพทย์ผ่าตัดได้ประเมินสภาพผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ระบบไหลเวียนเลือดคงที่ สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ และให้ออกซิเจนทางหน้ากาก หายใจเองได้ดี เจ็บ

คอและปวดศีรษะเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 124/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 14 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนร้อยละ 98-99 หลังถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะเองได้ ให้ย้ายกลับตึกได้ในวันถัดไป รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาล 10 วัน จึงจำหน่ายให้กลับบ้านได้ โดยนัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามกระบวนการพยาบาลทางวิสัญญีดังนี้

การประเมินสุขภาพ(nursing assessment) จากการเยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้า 1 วัน เพื่อประเมินปัญหาความต้องการ และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตรวจสอบทางเดินหายใจ ประเมินความยากง่ายจากการใส่ท่อช่วยหายใจ รูปร่างลักษณะทั่วไป ลักษณะอาการความเสี่ยงจากการให้การระงับความรู้สึกในครั้งนี้ และประวัติที่ผ่านมา สรุปประเมินความเสี่ยงสูงระดับ 3 ตาม The American society of anestheologist (ASA) จากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปลายประสาทสูญเสียความรู้สึกบางส่วนและภาวะโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ในระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกพบปัญหาสำคัญคือด้านจิตใจมีความวิตกกังวล และกลัวการผ่าตัดกับภาวะโรคของผู้ป่วย ในขณะที่ให้การระงับความรู้สึกพบปัญหาที่สำคัญคือ 1) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock ในขณะที่ผ่าตัดและหลังผ่าตัด 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะ IICP และ 3) เสี่ยงต่อการบาดเจ็บเส้นประสาทและกล้ามเนื้อจากการจัดท่าคว่ำในการผ่าตัดระยะเวลานาน และในระยะหลังให้การระงับความรู้สึก มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดขณะเคลื่อนไหว

การวางแผนการพยาบาล (planning) ตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี ได้แก่ การวางแผนเลือกวิธีการให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หลังรายงานวิสัญญีแพทย์ ให้ใช้

propofol เป็นยานำสลบ และใช้ cisatracurium เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ เสริมฤทธิ์ด้วย fentanyl วิสัญญีพยาบาลคำนวณยาให้ได้ตรงตามชนิดและขนาดของยาที่ใช้ระงับความรู้สึก และเตรียมยาสำหรับช่วยในยามวิกฤติ ตรวจสอบเครื่องดมยา อุปกรณ์การเฝ้าระวัง ตามมาตรฐาน และหัตถการพิเศษ ที่วิสัญญีแพทย์ได้ระบุตรวจสอบผู้ป่วยเพื่อยืนยันความถูกต้องของตัวบุคคลร่วมกับทีมผ่าตัด และหาวิธีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ต่างๆ เช่น ใช้เครื่องเป่าลมร้อน (forced-air warming) ให้ความอบอุ่นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การใช้เครื่องควบคุมจำนวนหายใจเพื่อให้ได้ระดับยาที่เหมาะสมตลอดการระงับความรู้สึก

การปฏิบัติพยาบาล (implement)

ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ

1. ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลได้ให้คำแนะนำในการตรวจร่างกาย แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และตอบข้อซักถามเพื่อลดความวิตกกังวล

2. ระยะระงับความรู้สึก ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีติดตามอุปกรณ์การเฝ้าระวัง (monitoring) และตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร ความอิ่มตัวของเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ทางลมหายใจออก การวัดความดันเลือดจากหลอดเลือดแดงโดยตรง ให้การระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ตามแผนที่ใช้ propofol 100 มิลลิกรัม เป็นยานำสลบ cisatracurium 10 มิลลิกรัม เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อ สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ เสริมฤทธิ์ด้วย fentanyl ในระหว่างผ่าตัดให้ cisatracurium ทางเครื่องควบคุม ใช้อัตราการให้ยาให้ออกซิเจน และอากาศร้อยละ 50 ใช้อัตราการไหลเวียนของก๊าซที่ 2 ลิตรต่อนาที ควบคุมการหายใจด้วยเครื่อง volume control TV 500 มิลลิลิตร RR 14-16

ครั้งต่อหน้าที และปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด และได้ทดแทนให้เกิดความสมดุล ประเมินเลือดและสารน้ำเข้าออกร่างกาย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะ ICP จากพยาธิสภาพของโรค ปฏิบัติการพยาบาลเลือกชนิดของยาที่ไม่ส่งผลต่อการเพิ่มความดันกะโหลกศีรษะ ปรับระดับความลึกการสลบให้เพียงพอควบคุมการหายใจ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (hypoxia) หรือมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด (hypercapnia) และติดตามบันทึกค่าคาร์บอนไดออกไซด์ทางลมหายใจออก (Et CO₂) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางผิวหนัง (O₂ Sat) และสัญญาณชีพ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยรับการผ่าตัดท่าคว่ำที่สำคัญคือ ดูแลระบบทางเดินหายใจ ตรวจเช็คตำแหน่งท่อช่วยหายใจไม่ให้เกิดหักพับงอ เฝ้าระวังตำแหน่งที่อาจมีการกดทับมิให้เกิดการบาดเจ็บต่อตา กระดูกกล้ามเนื้อ และระบบประสาทส่วนปลาย โดยต้องมีอุปกรณ์เสริมรองรับบริเวณช่องท้อง ขา และเข่า ให้ปลายเท้าลอย เพื่อมิให้เกิดกดกับเตียงผ่าตัด ศีรษะควรให้อยู่ระนาบเดียวกับลำตัว ระวางศีรษะแขวน หรือบิด การผ่าตัดนี้ศีรษะต้องก้มเล็กน้อย จึงต้องตรวจสอบระยะห่างระหว่างคาง กับ กระดูกซีโครง

3)ระยะหลังระงับความรู้สึก เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะวิกฤตหลังผ่าตัดเสร็จ วิสัญญีพยาบาลต้องให้การพยาบาลขณะเคลื่อนย้าย โดยประสานการส่งต่อกับพยาบาลหอผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ ดูตมเสมหะให้ทางเดินหายใจโล่ง ยึดติดท่อช่วยหายใจ ตรวจสอบอุปกรณ์ช่วยหายใจ สารน้ำ ยา เลือด และสายระบายถุงปัสสาวะ ติดตามอาการผู้ป่วยตลอดระยะเวลาส่งต่อ พร้อมส่งต่ออาการกับพยาบาลหอผู้ป่วยอีกครั้งแบบมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผลของพยาบาล (evaluation) หลังจากวิสัญญีพยาบาลได้ปฏิบัติการพยาบาลเมื่อแรกเริ่มผู้ป่วยได้รับข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัว มีสีหน้าสงบ และร่วมมือกับทีมที่รักษาพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ในขณะที่ผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตต่างๆ ไม่เกิด hypovolemic shock สัญญาณชีพปกติ ตลอดระยะการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะ hypoxia หรือ hypercarbia สัญญาณชีพปกติ EtCO₂ ปกติอยู่ในช่วง 25-30 มิลลิตรปรอท O₂ ปกติอยู่ในช่วงร้อยละ 98-99

ไม่พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บต่อระบบประสาท และกล้ามเนื้อหลังการผ่าตัด ในขณะที่เคลื่อนย้ายส่งต่อไม่พบอุบัติการณ์ใดๆ O₂Sat อยู่ช่วงร้อยละ 97-99 ภายหลังที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวซักถามผู้ป่วยยังมีอาการปวดศีรษะและได้รับการจัดอยู่ในท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 องศา ได้รับยา dexamethasone 5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง รายงานผลให้วิสัญญีแพทย์รับทราบ

การพยาบาลทุกขั้นตอนได้มีการลงบันทึกในเวชระเบียนอย่างถูกต้อง และครบถ้วน เพื่อเป็นหลักฐานทางการแพทย์ ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และสามารถนำข้อมูลที่บ้านทักไ้มาวิเคราะห์ถึงสาเหตุ และผลลัพธ์การดูแลได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ เพื่อผ่าตัดเนื้องอกส่วนสมองน้อย sub occipital craniotomy removal cerebellar tumor ส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดในฐานกะโหลกส่วนหลังที่มีแอ่งหลอดเลือดดำใหญ่ superior sagittal sinus, transverse sinus หรือ sigmoid sinus หากฉีกขาดจะทำให้เสียเลือดมาก (massive bleeding) ได้จากตำแหน่งที่ผ่าตัดและพยาธิสภาพของโรคที่มีภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น และภาวะสมองบวม สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างผ่าตัดที่รุนแรงได้

ในบทบาทของวิสัญญีพยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาลกับความรู้ด้านการระงับความรู้สึกในการพยาบาลระงับความรู้สึก ทั้ง 3 ระยะ ของการผ่าตัด ระยะก่อนระงับความรู้สึก มีการเตรียมความพร้อมระบุตัวบุคคล การระบุชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่ง การผ่าตัด เตรียมอุปกรณ์ให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยกรณีศึกษามีอาการสมองบวมได้รับยาลดสมองบวม ระยะระงับความรู้สึกที่วิสัญญีเลือกใช้ยาระงับความรู้สึกกับผู้ป่วยโดยยา propofol ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อ cisatracurium และระหว่างการระงับความรู้สึกใช้ fentanyl และยาดมสลบ sevoflurane เสริมให้ได้ระดับความลึกของการดมยาสลบที่เพียงพอมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยกรณีศึกษาเพราะยาเหล่านี้จะช่วยลดอัตราการใช้ออกซิเจนของสมอง (cerebral metabolic rate oxygen consumption : CMRO₂) ได้ร้อยละ 20-30 และ ไม่เกิดการรู้ตัวหรือขยับร่างกายเพราะจะทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะและความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นอันตรายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในช่วงที่ศัลยแพทย์ตัดเนื้องอกซึ่งใกล้แอ่งหลอดเลือดดำ ทำให้เสียเลือดมากและรวดเร็ว วิสัญญีพยาบาลได้ให้สารน้ำและเลือดทดแทนได้เหมาะสมและทันการณ์ จึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยในระหว่างผ่าตัดไม่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ใดหลังการระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลประเมินอาการหลังผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกครั้งนี้

การวางแผนที่ดี การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลระงับความรู้สึกผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลด้านการผ่าตัดและระงับความรู้สึก รวมทั้งการดูแลในระยะหลังผ่าตัดตามกระบวนการอย่างมีขั้นตอนจากสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะวิสัญญีพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลาในขณะที่ผ่าตัดควรมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดเหตุการณ์ที่อาจคุกคามชีวิต มีทักษะในการช่วยเหลือและแก้ไขปัญหา สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการผ่าตัดและการ

ได้รับยาระงับความรู้สึกได้ จากประวัติโรคประจำตัวเบาหวานที่เอื้อต่อการติดเชื้อ แต่ผู้ป่วยไม่รักษาต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องโรคเบาหวานที่เป็นอันตรายภาวะแทรกซ้อนในการรักษาโรคที่ไม่ต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ควรจัดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกในสมอง โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เป็นแนวทางที่มีมาตรฐานมีการจัดอบรมให้ความรู้ มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลหรือการพัฒนาและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกในสมองที่มาทำผ่าตัดเนื้องอกในสมองโดยการทำงานประจำสู่การวิจัยต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมอง โดยการระงับความรู้สึกซึ่งได้รับการรักษาพยาบาลทั้ง 3 ระยะ อย่างใกล้ชิดจนปลอดภัย รวมระยะเวลาอนในโรงพยาบาล 10 วัน โดยเน้นผู้ป่วยในเรื่องการมาฟังผลชิ้นเนื้อและมาตรวจตามแพทย์นัดรวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วย เพราะมีความวิตกกังวลในเรื่องโรคที่เป็น เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ อาจส่งผลทำให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ การประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

- รัชนี้ เบญจฉนัง.(2558).การพยาบาลศัลยศาสตร์ วิฤต.กรุงเทพมหานคร:งานพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจรัตน์ หยกอุบล.(2561).วิสัญญีพยาบาล ทฤษฎี เล่ม3.กรุงเทพมหานคร:ธนาเพรศ
- สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.(2554).มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลวิสัญญี. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์บริษัทสามเจริญ(กรุงเทพ)
- ศิริวรรณ จิรสิริธรรม.(2559).ตำราวิทยาศาสตร์พื้นฐานวิสัญญีวิทยา.กรุงเทพมหานคร:โครงการตำรารามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัฒพร บุญเกิด.(2559).โรคเนื้องอกสมอง (Brain tumor).สืบค้น 24 เมษายน 2564,จาก [http://med.mahidol.ac.th/surgery/site/default/files/pubic/pdf/PDF neuro/4 pdf](http://med.mahidol.ac.th/surgery/site/default/files/pubic/pdf/PDF%20neuro/4%20pdf)
- American Braia tumor Association (ABTA).(2014) Tumor grading and staging.Chicago:Bryn Mawt Ave

ความรู้โรคหืดของผู้ดูแล และระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาล
พระนารายณ์มหาราช

Asthma knowledge and level of control in pediatric easy asthma clinic
at King Narai Hospital

(Received: December 14, 2021; Accepted: December 26, 2021)

สมปอง วงษาสุข¹

Sompong wongsasook¹

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคหืดในผู้ดูแล ระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยเด็ก ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และได้รับการรักษาทางโทรศัพท์ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด และประเมินระดับการควบคุมโรคจากeasy asthma clinic online

ผลการศึกษา: พบว่ามีผู้ป่วย 210 คน อายุเฉลี่ย 9.20 ± 3.42 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 68.1 มีโรคร่วมร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่เป็นโรคภูมิแพ้ (ร้อยละ 46.2) จากการประเมินคะแนนความรู้ผู้ดูแลพบว่า มีคะแนนความรู้โรคหืดโดยรวมเฉลี่ย 18.21 ± 2.09 คะแนน (ร้อยละ 72.84) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนความรู้มากที่สุดเรื่องอาการกำเริบ (87.50) และเรื่องความรู้ทั่วไปและอาการ (ร้อยละ 66.57) น้อยที่สุด การประเมินระดับการควบคุมโรค ส่วนใหญ่ควบคุมโรคได้ดีร้อยละ 69 ควบคุมโรคได้บางส่วนร้อยละ 31 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ของผู้ดูแลกับระดับการควบคุมโรค

คำสำคัญ : ความรู้เรื่องโรคหืด, ระดับควบคุมโรค

Abstract

This descriptive study aimed to assess the caregiver asthma knowledge and level of control pediatric easy asthma clinic at King Narai Hospital. The study collected between august 2021 and October 2021. The caregivers were randomly recruited to answer the asthma knowledge questionnaire, level of control were recorded form easy asthma clinic online

Result: 210 asthmatic children mean aged were 9.20 ± 3.42 years, male 68.1%, had underlining 61.9% most of them were allergic rhinitis (46.2). Total mean score of asthma knowledge was 18.21 ± 2.09 (72.84%) out of 25 points. The highest mean score was acute exacerbation knowledge (87.50%), and the lowest scores were the symptoms knowledge (66.57%) Most asthmatic children were controlled (69%).

Keywords: caregiver asthma knowledge, level of asthma control

¹ พยม. โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

บทนำ

โรคหืด (asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็ก เป็นภาระของผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว² การรักษายุ่งยาก และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศ แนวโน้มจะมีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากปัญหามลพิษของอากาศที่เป็นผลมาจากการขยายตัวของเมืองใหญ่ จากยานพาหนะ โรงงานอุตสาหกรรม ฝุ่นละออง ควันบุหรี่ และสภาพแวดล้อมในบ้าน อุบัติการณ์ในเด็กพบร้อยละ 10-15 (เรื่อง ศักดิ์ ศรีสุภา, 2555; Apawan Nookong and other, 2012; Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Summary Report 2007) เนื่องจากเชื่อว่าพยาธิกำเนิดของโรคเป็นการอักเสบของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น แนวทางหลักในการรักษาจึงเป็นการใช้ยาพ่นคอร์ติโคสเตียรอยด์ เพื่อลดการบวมและการอักเสบของหลอดลมทำให้ตัวรับ เบต้าในหลอดลมทำงานดีขึ้น การใช้ยาสูดคอร์ติโคสเตียรอยด์อย่างสม่ำเสมอ สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ (Sirimai P and other, 2010) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องธรรมชาติของโรค สิ่งกระตุ้นให้อาการโรคกำเริบ การใช้ยาให้ถูกต้องต่อเนื่อง ตามแนวทางการรักษา ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานสากล เพื่อการควบคุมโรค แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเด็กอีกมากที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายการรักษา (ปิยา จรรยาเลิศอดุลย์ และ สุภาวดี แก้วสง่า, 2554) มีการศึกษาที่พบว่าปัญหาของการใช้ยาสูดพ่นสเตียรอยด์ขาดการต่อเนื่อง ยาหมดก่อนนัด หยุดยาเอง แพทย์สั่งหยุดขณะควบคุมได้บางส่วน ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีความผิดพลาดในเทคนิคการใช้ยาพ่นสูด ผู้ดูแลและเด็กไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค เช่น ฝุ่น ควันบุหรี่ได้ (สายสวาสดี โชติรสนิรมิต พรเพ็ญ มนตรีศรีตระกูล, 2557; ศิริพร วรพงศ์มโนพงศ์, 2564; วันวิสาข์ กาญจนภรณ์, 2555)

คลินิกโรคหืดเด็กโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชได้เปิดบริการโดยทีมสหวิชาชีพครั้งแรก ในปี

พ.ศ. 2554 และได้เข้าร่วมได้เข้าร่วมกับเครือข่ายคลินิกโรคหืดอย่างง่าย พ.ศ. 2555 ยอดผู้รับบริการต่อปี (พ.ศ. 2554 - 2563) เป็น 97 , 219, 442, 633, 838, 1033, 1202, 1368, 1500 และ 1602 ราย ตั้งแต่เปิดบริการมีการปรับระบบหลายครั้ง ในเรื่องบทบาทหน้าที่ของสหสาขาวิชาชีพ การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการรักษาต่อเนื่องของปีพ.ศ. 2557 สายสวาสดี โชติรสนิรมิต (สายสวาสดี โชติรสนิรมิต พรเพ็ญ มนตรีศรีตระกูล, 2557) ได้ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าระดับว่าการควบคุมโรคได้มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.9 ก่อนการรักษาเป็น 28.1 และ 47.9 หลังรักษาได้ 12 และ 24 เดือนตามลำดับ จำนวนครั้งของการมารักษาที่ห้องฉุกเฉินเป็น 330, 84 และ 40 ครั้งต่อปี และการรักษาในโรงพยาบาล เป็น 80, 27 และ 26 ครั้งต่อปี ใน 12 เดือนก่อนรักษาและ 12, 24 เดือนหลังการรักษาตามลำดับ แต่ยังไม่มีการประเมินความรู้เรื่องโรคโดยพยาบาลและ ระดับควบคุมโรคซ้ำ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 2 ระลอกที่ผ่านมา ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยง และไม่สามารถมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลได้ ทางโรงพยาบาลจึงติดตามและให้การรักษาทันทีโทรศัพท์สั่งยา จัดยาไว้ให้ โดยให้ผู้ดูแลที่แข็งแรงมารับยาแทนที่โรงพยาบาล แต่ก็ทำได้ไม่ครบถ้วนทุกราย เพราะบางรายติดต่อไม่ได้ ถูกกักกันในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในเรื่องความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลและระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วย เพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาการดำเนินงานในคลินิกให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลอย่างสูงสุด

วัตถุประสงค์กรอบแนวคิดในการวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้เรื่องโรคหืดในผู้ดูแล ระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross Sectional Study) ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และประเมินความรู้เรื่องโรคหืดจากผู้ดูแลเด็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชและรับการรักษาทางโทรศัพท์ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 ตุลาคม พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) 1) ผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัวและรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน 2) อาศัยภายในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 3) เป็นคนไทย 4) ไม่มีปัญหาการได้ยินและการใช้ภาษาพูดในการสื่อสาร 5) ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน 6) มีความสนใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การไม่คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ผู้ดูแลไม่พร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคหืดและระดับควบคุมโรคผู้วิจัยคัดลอกจากเวช

ระเบียนและ ข้อมูลผู้ป่วยจาก Easy Asthma Clinic Research On Line

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลฉบับภาษาไทย (Asthma Knowledge Questionnaires) นำมาจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้เป็นคำถาม ปลายปิดมี 25 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความรู้ทั่วไปและอาการของโรค 7 ข้อ 2) สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ 6 ข้อ 3) การรักษาและการใช้ยา 8 ข้อ 4) อาการกำเริบของโรค 4 ข้อ

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ของผู้ดูแลและระดับการควบคุมโรคด้วย Kruskal Wallis-H test เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงของสถิติ Parametric

การรับรองจริยธรรมการวิจัย KNH 19-1/2564

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำนวน 210 ราย มากกว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.1) ปัจจัยกระตุ้นมากที่สุด ได้แก่มีประวัติในครอบครัว (ร้อยละ 49) โรคหืดคือภูมิแพ้จมูก (ร้อยละ 46.7) ควบคุมโรคได้ดี (ร้อยละ 69) อายุวัยเรียน (ร้อยละ 61.4) อายุเฉลี่ย ระยะเวลารักษาเฉลี่ย ในรอบ 1ปี มาพบยาห้องฉุกเฉิน 3 ราย นอนโรงพยาบาล 1ราย สัมผัสผู้ป่วยโควิด19 9 ราย ติดเชื้อโควิด19 4 ราย (ดังตาราง 1)

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำแนกตามเพศ สิ่งกระตุ้น โรคร่วม ระดับการควบคุมโรค อายุ และการเจ็บป่วย

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ระดับควบคุมโรค		

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคหัด จำแนกตามเพศ สิ่งกระตุ้น โรคร่วม ระดับการควบคุมโรค อายุ และการเจ็บป่วย

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	143	68.1	Control	145	69
หญิง	67	31.9	Partial control	65	31
ปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรค			อายุผู้ป่วย		
ประวัติในครอบครัว	102	49	0-6 ปี	27	12.9
บุหรี	96	45.7	มากกว่า 6-12 ปี	129	61.4
คว้น ฝุ่น	36	17.1	มากกว่า 12-15 ปี	54	25.7
สัตว์เลี้ยง	81	38.6			
ตุ๊กตา	24	11.4	อายุเฉลี่ย	9.20±3.42	ปี
คลอดก่อนกำหนด	10	4.8	ระยะเวลารักษา	4.47 ±2.51	ปี
โรคร่วม 4 อันดับแรก			การเจ็บป่วยในรอบ 1	1ปี	
โรคมุมแพ้มูก	98	46.7	พ่นยาห้องฉุกเฉิน	3	3.8
โรคอ้วน	8	3.8	นอนโรงพยาบาล	1	1.5
ผื่นแพ้	6	2.9	ติดเชื้อโควิด19	4	4.5
โลหิตจาง	5	2.4	สัมผัสผู้ป่วยโควิด19	9	5.3
ไม่มีโรคร่วม	80	38.1			

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูล ปัจจัยกระตุ้นโรค โรคร่วม และการเจ็บป่วย จำแนกตามกลุ่มระดับการควบคุมโรค

รายการ	กลุ่มควบคุมโรคได้บางส่วน N=65		กลุ่มควบคุมโรคได้ N=145	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติในครอบครัว	34	52.3	68	46.9
บุหรีในครอบครัว	27	41.5	68	46.9
คว้นไฟ ฝุ่น	7	10.8	29	20
สัตว์เลี้ยง	26	40	55	7.9
ตุ๊กตา ของเล่น	9	13.8	15	10.3
คลอดก่อนกำหนด	2	3.1	8	5.5
ไม่มีโรคร่วม	28	41.5	70	48.3
โรคมุมแพ้มูก	27	41.5	52	35.9
พ่นยาห้องฉุกเฉิน	2	3.1	1	0.7
นอนโรงพยาบาล	1	1.5	0	0
ติดเชื้อโควิด19	2	3.1	2	1.4
สัมผัสผู้ป่วยโควิด19	5	7.7	4	2.8

2.ความรู้โรคหัดของผู้ดูแล และระดับการควบคุมโรคของผู้ป่วยเด็กโรคหัด ในคลินิกเด็กโรคหัดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนความรู้โดยรวม และรายด้าน

ประเด็น	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ร้อยละ
ด้านความรู้ทั่วไปและการ	7	4.67	1.11	66.57

ด้านสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคหืด	6	4.15	0.91	68.33
การรักษาและการใช้ยา	8	5.86	1.27	72.50
อาการกำเริบของโรคหืด	4	3.53	0.64	87.50
รวม	25	18.21	2.09	72.84

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและระดับการควบคุมโรค (N=210)

ความรู้เรื่องโรคหืด	คะแนนเฉลี่ย		
	กลุ่มควบคุมโรคได้ดี (N=145)	กลุ่มควบคุมโรคได้บางส่วน (N=65)	p-value
ด้านความรู้ทั่วไปและอาการ	4.67±1.05	4.66±1.24	0.789
ด้านสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคหืด	4.17±0.89	4.12±0.98	0.608
การรักษาและการใช้ยา	5.89±1.26	5.78±1.31	0.642
อาการกำเริบของโรคหืด	3.50±0.65	3.60±0.63	0.252
คะแนนรวม	18.23±2.03	18.17±2.25	0.925

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าเป็นส่วนใหญ่มักเป็นเด็กชาย อยู่ในวัยเรียน ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 4.47±2.51ปี มีโรคประจำตัวมากกว่าครึ่ง ส่วนใหญ่โรคภูมิแพ้จมูก ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคคือมีประวัติในครอบครัว รองลงมาคือบุหรืและสัตว์เลี้ยงในครอบครัว คล้ายการศึกษาที่ผ่านมา (พรชัย วัฒนรังสรรค์, 2556; ปริญญาพร ไหมแพง, 2562; มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร, 2560)

ความรู้เรื่องโรคหืดในผู้ดูแล พบว่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 18.21±2.09 อยู่ระดับปานกลาง(ร้อยละ72.84) สอดคล้องกับการศึกษาของพรชัย วัฒนรังสรรค์ (2556)ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 16.18±2.4คะแนน (ร้อยละ 64.8) และ กนกพร ศรีรัตนวงศ์ (2553) ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 16.53±2.55 คะแนน (ร้อยละ66) ต่างจาก ปริญญาพร ไหมแพง (2562) ศึกษาความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลหล่มสักมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม 14.28± 2.59 คะแนน (ร้อยละ 59.28) และมะลิวัลย์ เศรษฐบุตร (2560) ศึกษา

ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลละหานทราย มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมร้อยละ 61.6 โดยการศึกษาครั้งนี้ความรู้เรื่องโรครายด้านมีความรู้มากสุดในเรื่องอาการกำเริบของโรค (ร้อยละ 87.50) รองลงมามีเรื่องการรักษาและการใช้ยา (ร้อยละ66.57) โดยคะแนนต่ำสุดเรื่อง ความรู้ทั่วไปและอาการ (ร้อยละ66.57) ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมา (ปริญญาพร ไหมแพง, 2562; มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร, 2560) อธิบายว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมาก่อน มีประสบการณ์การแก้ปัญหาและในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 การโทรศัพท์ให้การรักษาแพทย์และพยาบาลจะเน้นการใช้ยาที่ถูกต้อง การประเมินและการเฝ้าระวังอาการกำเริบทุกครั้งเพราะไม่สามารถตรวจร่างกายโดยตรงทำให้ญาติมีความตระหนกและส่งผลให้มีความรู้ในการใช้ยาและอาการกำเริบของโรคมามากขึ้น

ระดับการควบคุมโรค ของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช อยู่ระดับควบคุมได้ (ร้อยละ69) ควบคุมได้บางส่วน (ร้อยละ31) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา อธิบายว่าเนื่องจากการระบาดของโรคโควิด19 เด็กหยุดเรียนการสัมผัสสภาพแวดล้อมนอกบ้านและชุมชนน้อยลง อีกทั้งการดูแลตนเอง

โดยล้างมือและการสวมหน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ดี การไข้ยา มีความเข้มงวดเนื่องจากกลัวการเจ็บป่วยไม่อยากไป โรงพยาบาลและคลินิกแพทย์ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด ซึ่งจากการประเมินความรู้เรื่องโรคในรายด้านมีความรู้มากที่สุดในเรื่องอาการกำเริบของโรค (ร้อยละ87.50) รองลงคือเรื่องการรักษาและการใช้ยา (ร้อยละ66.57) เด็กทุกคนได้รับวัคซีนป้องกันโรค ไข้หวัดใหญ่ทุกคน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสและไข้หวัดใหญ่ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดกำเริบของโรคหืดได้ และระยะเวลาการรักษาเฉลี่ยมากกว่า 4 ปี ดังการศึกษาของสายสวาสดี โชติรส นิธิมิตร⁶ ที่ประเมินผลการรักษาหลังเด็กรักษาในคลินิกครบ ๒ ปีพบว่าระดับการควบคุมโรคดีขึ้น การรักษา ในคลินิกต่อเนื่อง ตามนัด แม้ในระยะการระบาดของโรคโควิด การรักษาโดยให้การรักษาทางโทรศัพท์ตามนัดทุกรายโดยกุมารแพทย์ ผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูล ผู้ป่วยเด็ก การใช้ยา และซักถามประเมินปัญหาในการดูแลเด็กได้เหมือนไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

เมื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้และระดับการควบคุมอาการของโรคพบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กัน ความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วันวิสาข์ กาญจนภรณ์ (2555) และ ปริญาพร ไหมแพ่ง (2562) อธิบายว่าผู้ป่วยเด็กโรค

หืดในคลินิกส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืด อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีการประเมินปัญหาการดูแลและ ให้ความรู้แก้ไขปัญหาย่อยอย่างต่อเนื่องส่งผลให้มีการ ปฏิบัติในการดูแลเด็กได้ถูกต้อง ระดับการควบคุม โรคส่วนใหญ่ (ร้อยละ69) เป็นระดับควบคุมได้ มี ระดับควบคุมได้บางส่วน (ร้อยละ 31) ดังการศึกษา ในประเทศไทยของ กนกพร ศรีรัตนวงศ์ และคณะ (2553) ที่ว่าการจัดการสอนและให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ ผู้ปกครองและเด็กโรคหืดหลังจากนั้นมีการประเมิน ซ้ำ พบว่าทำให้ผู้ปกครองและเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้น9- 11 การควบคุมโรคหืดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้เรื่องโรคหืดในผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็ก โรคหืดในคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่าย โรงพยาบาลพระ นารายณ์มหาราชอยู่ในระดับปานกลาง ระดับการ ควบคุมโรค ควบคุมโรคได้ดี ไม่พบว่ากลุ่มที่ควบคุม โรคไม่ได้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. การวิจัยครั้งในจัดทำในช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19 การเก็บข้อมูลผู้ดูแล ต้องใช้ระยะห่าง และเน้นการพูดคุยน้อยสุด ไม่สามารถประเมินการใช้ ยาโดยการสาธิตด้วยข้อจำกัดการสัมผัสอุปกรณ์และ หลีกเลี่ยงการฟุ้งกระจาย การวิจัยจึงขาดการประเมิน การใช้ยาโดยวิธีสาธิต

เอกสารอ้างอิง

- เรืองศักดิ์ ศรีสุภา. การศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืด โรงพยาบาลคำชะอี จมูกตาหาร.วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 7 , 11(1) เดือนตุลาคม - ธันวาคม 2555;10-20.
- Apawan Nookong,Sudaporn Payakkaraung,Yawadee Pongsaranuntakul & Siriwann Chudapongsa.Caregivers' Management for Children with Asthma..J urnal of Nursing Science ;2012;30 (1), 49-60.
- Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Summary Report 2007[cited 2014 Feb 28]; EPR-3:[74 Screens]. Available from : URI: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/index.htm>.
- Sirimai P., Limwattananon C,Boonsawat W,& Schommer J.Quality of care and outcomes in asthma management at Prachuap Khiri Khan Hospital.[master's thesis] Khon Kaen, Khon Kaen niversity ; 2010:200p.(in Thai).
- ปิยดา จรรยาเลิศดุลย์ และ สุภาวดี แก้วสง่า. ผลของการให้ความรู้โรคหืดในเด็กและผู้ดูแลโรงพยาบาลวารินชำราบ.วารสารกุมารเวช ศาสตร์.2554;50(3) : 169-177.
- สายสวาสดี โชติรสนิธิมิตร พรเพ็ญ มนตรีศรีตระกูล. ผลของการรักษาโรคหืดในเด็กโดยใช้ระบบคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.2557; 8(1):79-89.

ศิริพร วรพจน์พวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการควบคุมโรคหอบหืดของผู้ป่วยในคลินิกโรคหอบหืดในเด็ก โรงพยาบาลปทุมธานี.

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุขเขต4.2564;11(1):1-9.

วันวิสาข์ กาญจนภรณ์. คุณภาพชีวิตของโรคหอบหืดในเด็กกับความรู้ของผู้ดูแล.กลุ่มงานกุมารเวชกรรม.โรงพยาบาลสงขลา.

2555.[วันที่สืบค้น 28 กุมภาพันธ์ 2557] เข้าถึงได้จาก URL.[http:// thailand.](http://thailand.digitaljournals.org/index.php/12RMJ/article/download/24094/23434)

[digitaljournals.org/index .php/12RMJ/article/download/24094/23434.](http://thailand.digitaljournals.org/index.php/12RMJ/article/download/24094/23434)

พรชัย วัฒนรังสรรค์. ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแล ระดับการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เด็กโรคหืด โรงพยาบาล

เจ้าพระยายมราช.วารสารกุมารเวชศาสตร์.2556;52:227-35.

กนกพร ศรีรัตนวงศ์, ปิยรัตน์ ปรีดียานนท์, อรพรรณ โพชนกุล, ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลระดับ การควบคุมโรคและคุณภาพชีวิต

ของผู้ป่วยเด็ก โรคหืดในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์. วารสารกุมาร เวชศาสตร์ 2553; 49: 255-62.

ปริญญพร ไหมแพ่ง. ความรู้เรื่องโรคของผู้ดูแลคุณภาพชีวิตและระดับควบคุมโรคคลินิกเด็กโรคหืดอย่างง่ายโรงพยาบาลหล่มสัก.

วารสารกุมารเวชศาสตร์.2562; ตุลาคม- ธันวาคม :224-30.

มะลิวัลย์ เศรษฐบุตร. ความรู้เรื่องโรคของผู้ดูแลระดับควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดโรงพยาบาลละหานทราย.

วารสารกรมการแพทย์.2560;3(พฤษภาคม-มิถุนายน):40-46.

ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล
พระนารายณ์มหาราช
Effects of nursing service model of COPD quality of care out in patient department King
Narai Hospital

(Received: December 15, 2021; Accepted: December 27, 2021)

เนาวรัตน์ ชำนาญกิจ¹
Naowarat Chumnankit¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว โดยวัดผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ โดยเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564 จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้รูปแบบ และหลังการใช้รูปแบบครบ 6 เดือน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติแบบที่ไม่อิสระ

ผลการวิจัย : ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 2) ค่าเฉลี่ยการทดสอบสมรรถภาพปอดหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 3) ผลกระทบของโรคต่อสุขภาวะหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลลดลงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 4) ความรุนแรงของอาการเหนื่อยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลลดลงต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 5) ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาทีหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 6) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อการใช้บริการพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.53, S.D.=0.37)

คำสำคัญ : รูปแบบการบริการพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

Objective: To study the effect of using a nursing service model of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) quality of care outpatient department, King Narai Hospital.

Research methodology: This is a single group of quasi-experimental research with evaluation before and after using a nursing service model. The 30 patients were specifically selected as patient sample according to properties requirement. They are a chronic obstructive pulmonary disease patient who receive services in outpatient department, King Narai Hospital during 1 January 2021 to 30 June 2021. The information before and after using nursing service

¹ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

model for 6 months were collected. The statistics used in the data analysis were percentage, mean, standard deviation and pair t test.

Results: the results of nursing service model of COPD quality found that (1) the mean score of knowledge after using the nursing model showed statistically significantly higher than before using the nursing model at 0.00 level. (2) The mean pulmonary function test after using the nursing model was statistically significantly higher than before using the nursing model at 0.00 level. (3) The COPD assessment test after using the nursing model was significantly lower than before using the nursing model with statistical significance at the 0.01 level. (4) The Modified medical research council dyspnea score after using the nursing model was significantly lower than before using the nursing model at 0.00 level. (5) The walking distance in 6 minutes after using the nursing model was significantly higher than before using the 0.00 nursing model. (6) The satisfaction level of COPD patients with the overall nursing service model was at the highest level (mean=4.53, S.D. = 0.37).

Keywords: Nursing service model, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็สาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 และ ในปี ค.ศ.2000 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิต 2,750,000 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.8 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของโรค รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคเส้นเลือดสมอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคเอดส์ สำหรับประเทศไทยอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2561 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 159,398 คน และ ปี 2559 จำนวน 152,319 คน โดยในเขตสุขภาพบริการที่ 1 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด เขตบริการสุขภาพที่ 12 มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันมากที่สุด เขตบริการสุขภาพที่ 4 ปี 2560,

2561 มีจำนวน 8,276, 9,461 ราย มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลัน 119.5, 99.5 ครั้ง/แสนประชากร

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างของปอด มีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พยาธิสภาพของปอดที่ถูกทำลาย ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ประกอบไปด้วยพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) โรคถุงลมโป่งพอง (emphysema) หรือเป็นร่วมกันทั้งสองโรค สาเหตุส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการระคายเคืองต่อปอดที่เกิดจากฝุ่นและก๊าซ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือควันจากการสูบบุหรี่ อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดขึ้นซ้ำๆ และค่อยๆ เบาลงเรื่อย ๆ อาการที่พบบ่อย คือ หายใจลำบาก (dyspnea) โดยเฉพาะเวลาที่ทำออกแรงมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกว่าตนเองนั้นป่วยอยู่ตลอดเวลาเพียงออกแรงเล็กน้อยก็เกิดอาการเหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างคนทั่วไปได้ กิจกรรมทางกายหลายอย่างถูกจำกัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย

สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิตามขนาด 560 เตียง มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้ป่วย 173 ราย, 195 ราย และ 237 ราย มีจำนวนการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (exacerbation) จำนวน 44 ราย/195 ครั้ง, 46 ราย/161 ครั้ง และ 35 ราย/114 ครั้ง ตามลำดับ โดยจำนวนสูงสุดของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน 1 ราย/23 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งการดูแลรักษาพยาบาลที่ผ่านมา พบว่า มุ่งการตรวจและรักษา มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างจำกัดเฉพาะในโรงพยาบาล ทำให้การแนะนำการดูแลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมาะสม ขาดการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง ด้านผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง การฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจไม่ต่อเนื่อง กลัวการออกกำลังกาย ยังไม่สามารถลด เลิก บุหรี่ได้ ปัญหาการเข้าถึงบริการจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ต้องผิวนัดบ่อย ไม่สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงขึ้น และปัญหาการขาดทรัพยากรที่ต้องใช้ดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ออกซิเจน ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ต่างเป็นตัวเสริมให้มีอาการหอบกำเริบขึ้น มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลบ่อย

เพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้จัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีระบบบันทึก EACC (Easy Asthma COPD Clinic) ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554-2560 เมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 รับนโยบายจากการประชุมที่สถาบันทรวงอก กรมการแพทย์ และพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพขึ้น โดยยึดหลักการดูแลให้ผู้ป่วยมีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลรักษาตนเอง กำหนดกลยุทธ์ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อช่วยให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้น ก่อนที่อาการจะรุนแรง ช่วยให้พ้นจากอาการกำเริบเร็วขึ้น เน้นการดูแลแบบองค์รวมและการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ สร้างเครือข่ายการดูแล

ในชุมชน มีการประชุมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพปรับรูปแบบตามความเหมาะสมของบุคลากร สถานที่ และเวลาอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงการบันทึกล่าสุดเป็น COPD คลินิกคุณภาพ (COPD Quality of care) ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2560 เป็นต้นมา จนเป็นรูปแบบที่เหมาะสม และนำรูปแบบมาใช้อย่างครอบคลุมในปี 2563 ซึ่งภายหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ ยังไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ได้มาตรฐาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group pretest – posttest design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2564 โดยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตารางขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม ความเชื่อมั่นที่ $\alpha=0.05$ ขนาดอิทธิพล

ขนาดใหญ่ power=0.80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
อย่างน้อย 26 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อย
ละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทำวิจัย
ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน

**คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion
criteria) ได้แก่**

1. เพศชาย และหญิง ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป
2. อ่านออก เขียนได้และสื่อสารได้อย่าง
เข้าใจ

3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังและรับการรักษาที่คลินิกอายุร
กรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

4. มีค่าผลการตรวจสมรรถภาพปอด
FEV1/FVC<70% Post bronchodilator

5. ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตาม
รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรังคุณภาพจนเสร็จสิ้นการวิจัย

**คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา
(exclusion criteria)**

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตาม
รูปแบบ/ ขอดออกจากการศึกษา/ ย้ายภูมิลำเนา
2. มีภาวะแทรกซ้อนหรือผู้ป่วยเสียชีวิต

วิธีดำเนินการทดลอง

1. ทดสอบความรู้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง ประเมินสมรรถภาพปอด (ตรวจวัด
สมรรถภาพปอดด้วย Spirometer) ความรุนแรงของ
อาการเหนื่อย (MMRC) ระยะทางที่เดินได้ใน 6
นาที ก่อนใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ

2. ดำเนินการตามรูปแบบการบริการ
พยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ

3. ทดสอบความรู้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น
เรื้อรัง ประเมินสมรรถภาพปอด (ตรวจวัด
สมรรถภาพปอดด้วย Spirometer) ความรุนแรงของ
อาการเหนื่อย (MMRC) ระยะทางที่เดินได้ใน 6
นาที หลังใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

คือ รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care
model; CCM) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1

1. การสนับสนุนด้านความรู้ ให้ความรู้แก่
ผู้ป่วย/ญาติโดยพยาบาล เกสซกร นักโภชนาการ
แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละ 10 คน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรค การรักษา การปฏิบัติ
ตัวของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความรู้เรื่องอาหาร
โภชนาการ การใช้ยาและฝึกการใช้ยาพ่น ผู้วิจัยใช้
สื่อ รูปภาพ วีดิทัศน์ประกอบการสอน เมื่อสิ้นสุด
การสอนในกลุ่มย่อย ผู้วิจัยให้เอกสารคู่มือการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับไป
ทบทวนความรู้ที่บ้าน

2. การสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ปอด/การออกกำลังกาย แก่ผู้ป่วยและญาติโดยนัก
กายภาพบำบัด ประกอบด้วย ฝึกการหายใจโดย
การใช้กลัมนื้อหน้าท้องและกะบังลม ฝึกบริหาร
กลัมนื้อหายใจเข้า และ การฝึกบริหารร่างกาย
โดยการเดิน

3. การสนับสนุนให้จัดการตนเอง/ทักษะ
ส่วนบุคคล และการเลิกบุหรี่ โดยพยาบาลจิตเวช
ร่วมกับพยาบาลรับผิดชอบบรรยายกรณี ใช้เวลา 1
ชั่วโมง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การตั้งเป้าหมาย
(Goal Setting) เป็นกลวิธีในการจัดการตนเอง
เพื่อให้มีแรงจูงใจ มีความพยายามที่จะจัดการ
ตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การติดตามตนเอง
(Self-Management) เป็นการสังเกตตนเองและ
จดบันทึก ปริมาณและความถี่ของพฤติกรรมโดยใช้
แบบติดตามตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินตนเอง (Self-Evaluation) เป็นการประเมินพฤติกรรมจากการใช้ แบบติดตามตนเอง ที่ผู้ป่วยสามารถประเมินพฤติกรรมแต่ละด้านได้ว่าเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 การเสริมแรงตนเอง (Self-Reinforcement) หลังจากผู้ป่วยประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรมตามแบบติดตามตนเองแล้วพบว่าพฤติกรรมที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นเทคนิคในการเพิ่มความถี่ในการจัดการตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อย ๆ

4. จัดคลินิกสัญญาณ ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ดำเนินการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 2 การทบทวนกิจกรรมการดูแลตนเอง และสอนการฝึกทักษะ ผู้เข้าร่วมวิจัยมาประชุมกลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน ในเดือนที่ 2 เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังจากได้รับความรู้ไปในครั้งแรก รวมทั้งซักถามปัญหา และให้คำแนะนำช่วยเหลือ

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุน ให้กำลังใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) การประชุมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ การให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับผลการดูแลตนเอง เช่น พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง การเกิดอาการกำเริบ รวมทั้งผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษารายบุคคลในคนที่ปัญหาไม่สามารถปฏิบัติตามการดูแลตนเองได้ตามเป้าหมาย 2) การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อร่วมกันดูแลต่อเนื่องในชุมชน และติดตามการรักษาให้ต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบ

อาชีพ รายได้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สิทธิบัตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพและประวัติการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย ระยะเวลาการสูบบุหรี่ จำนวนการสูบบุหรี่ต่อวัน การเลิกบุหรี่ และระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่

ส่วนที่ 3 ข้อมูลโรคและการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน อาการที่พบมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา วิธีที่เลือกใช้อย่างดีที่สุดเมื่อเกิดอาการหายใจลำบาก

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์โรคปอด 2) พยาบาลรายกรณีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) พยาบาลเวชปฏิบัติ 4) นักกายภาพบำบัด และ 5) เภสัชกร มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90

2. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ ใช่ กับ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ คะแนนเฉลี่ย 15-20 หมายถึงมีความรู้มาก (>80%), 8-14 หมายถึงมีความรู้ปานกลาง (60-80%) และ 1-7 หมายถึง มีความรู้ น้อย (<60%) (Bloom, 1971) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.85

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเตล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 15 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.92

4. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก

ประกอบด้วย 1) สมรรถภาพปอด ด้วย Spirometer (FEV1) 2) ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ (CAT) 3) ความรุนแรงของอาการเหนื่อย (MMRC) 4) ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6-minutes walk test) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่านที่ผ่านการฝึกเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลโรค และการรักษาก่อนการใช้รูปแบบ 2) รวบรวมคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 3) รวบรวมข้อมูล สมรรถภาพปอด ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ (CAT) ความรุนแรงของอาการเหนื่อย (MMRC) ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที ก่อนการใช้รูปแบบ และหลังการใช้รูปแบบเดือนที่ 6 เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการสูบบุหรี่ ข้อมูลโรคและการรักษา ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาล คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ สมรรถภาพปอด คะแนนอาการหายใจลำบาก ใช้สถิติทดสอบ Paired t-test ซึ่งก่อนใช้สถิติดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้มีการทดสอบการกระจายของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 23 คน (76.67%) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 16 คน (53.34%) รองลงมา มีอายุมากกว่า 70 ปี จำนวน 7 คน (23.33%) อายุเฉลี่ย 64.27 ปี (S.D.=10.07) อายุต่ำสุด 40 ปี อายุสูงสุด 84 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 18 คน (60%) รองลงมา สถานภาพโสด จำนวน 5 คน (16.67%) ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษาจำนวน 22 คน (73.33%) ประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 14 คน (46.67%) มีรายได้จากการประกอบอาชีพ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน จำนวน 13 คน (43.33%) ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 25 คน (83.33%)

ข้อมูลสุขภาพและประวัติการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติการสูบบุหรี่จำนวน 22 คน (73.33%) เริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุเฉลี่ย 15.53 ปี (S.D.=11.32) จำนวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ย 2 มวนต่อวัน (S.D.=1.66) ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้วจำนวน 18 คน (60%) ระยะเวลาในการเลิกสูบบุหรี่เฉลี่ย 1.67 ปี (S.D.=1.52)

ข้อมูลโรคและการรักษา พบว่า ระยะเวลาการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเฉลี่ย 8.23 ปี (S.D.=5.42) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวนทั้งหมด 30 คน (100%) จำนวนครั้งเฉลี่ย 2.8 ครั้ง (S.D.=9.04) การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันส่วนใหญ่ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับรับประทานยาจำนวน 25 คน (83.33%) อาการที่พบมากในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีอาการหายใจลำบากจำนวน 11 คน (36.67%) การแก้ไขเมื่อมีอาการหายใจลำบากส่วนใหญ่พ่นยาขยายหลอดลมจำนวน 14 คน (46.67%)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=30)

ความรู้	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	12.48	1.72	-11.04	0.00*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	18.61	1.14		

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล สูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล (mean = 12.48, S.D. = 1.72 และ mean = 18.61, S.D. = 1.14) และมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพยาบาล

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
สมรรถภาพปอด (FEV1)	68.30	16.36	68.98	16.38	-14.11	0.00*
ผลกระทบของโรคต่อสุขภาวะ (CAT)	13.49	3.9	7.82	4.8	4.87	0.01*
ความรุนแรงของอาการเหนื่อย (MMRC)	2.13	0.14	1.57	0.17	6.15	0.00*
ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาที (6-minutes walk test)	231	13.85	264	12.94	12.14	0.00*

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการใช้รูปแบบการพยาบาล ค่าเฉลี่ยการทดสอบสมรรถภาพปอดหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลสูงวก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ผลกระทบของโรคต่อสุขภาวะหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลลดลงวก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความรุนแรงของอาการเหนื่อยหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลลดลงวก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ระยะทางที่เดินได้ใน 6 นาทีหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลเพิ่มขึ้นวก่อนใช้รูปแบบการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อรูปแบบการพยาบาล (n=30)

คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย	หลังใช้รูปแบบ		ระดับ
	Mean	S.D.	
1. ได้รับการดูแลจากพยาบาลด้วยความห่วงใยเหมือนหนึ่งเป็นญาติมิตร	4.43	0.59	มากที่สุด
2. ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน	3.95	0.58	มาก
3. พยาบาลเข้าใจในปัญหาที่มีอยู่	4.76	0.43	มากที่สุด
4. พยาบาลให้ความช่วยเหลือทันทีเมื่อต้องการ	4.07	0.67	มาก

5. พยาบาลสนใจและเอาใจใส่ในปัญหาสุขภาพ	4.02	0.64	มาก
6. ไว้ใจและยินดีเล่าปัญหาสุขภาพของตนเองให้พยาบาลฟัง	3.98	0.64	มาก
7. คำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติได้	4.24	0.69	มากที่สุด
8. พยาบาลใช้เวลาในการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วย	4.67	0.47	มากที่สุด
9. พยาบาลให้เกียรติและยอมรับนับถือ	4.69	0.42	มากที่สุด
10. พยาบาลติดตามปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	4.21	0.68	มากที่สุด
11. พยาบาลช่วยแก้ปัญหาเรื่องเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ	4.06	0.63	มาก
12. เข้ารับบริการจากพยาบาลได้ง่ายและสะดวก	4.02	0.64	มาก
13. มั่นใจว่าจะได้รับบริการที่ดีจากพยาบาล	3.98	0.59	มาก
14. ได้รับบริการจากพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ	4.69	0.46	มากที่สุด
15. ถ้าเลือกได้ต้องการการบริการเหมือนที่ได้รับอยู่ขณะนี้	4.51	0.68	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.53	0.37	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.53, S.D.=0.37) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ พยาบาลเข้าใจในปัญหาที่มีอยู่ (mean 4.76, S.D.=0.43) รองลงมาได้แก่ พยาบาลให้เกียรติและยอมรับนับถือ คะแนนเฉลี่ยเท่ากันกับการได้รับบริการจากพยาบาลที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญ (mean=4.69, S.D.=0.42; mean=4.69, S.D.=0.46)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น อธิบายได้ว่า จากการเปลี่ยนแนวทางการดูแลรักษาแบบเดิมที่มุ่งเน้นการรักษาให้ยาตามระดับการอุดกั้นของหลอดลมเพียงอย่างเดียว มาเป็นการดูแลรักษาที่มีการประเมินผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมมากขึ้น เน้นการดูแลผู้ป่วยที่แต่เดิมเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์มาเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถเข้าถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องปอดอุดกั้นเรื้อรังแก่ผู้ป่วยและญาติ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ การสอนผู้ป่วยให้สามารถใช้อุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้ความรู้ด้านโภชนาการที่

เหมาะสมกับโรค การควบคุมอารมณ์ จิตใจและการบำบัดด้วยออกซิเจน ล้วนเป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุผลสัมฤทธิ์ นอกจากนี้มีการส่งข้อมูลไปยังเครือข่ายการดูแลแก่พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามปัญหาและประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การใช้กลยุทธ์ให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา ให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วขึ้นเมื่อมีอาการกำเริบทำให้พ้นจากอาการเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร รักษาศ (2556) ซึ่งศึกษาผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครราชสีมา โดย แนวทางจัดการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทั่วไป มุ่งเน้นเลิกสูบบุหรี่ รักษาด้วยยา ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ให้ออกซิเจนระยะยาว และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ โดยเพิ่มการดูแล

แบบเครือข่าย ใช้การสนับสนุนทางสังคมและให้ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา พบว่าผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการกำหนดกลยุทธ์ให้ผู้ป่วยมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน มีการสนับสนุนของครอบครัวและสังคม ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกพิพัฒน์เวช (2552) ที่พบว่าการรักษาโดยไม่ใช้ยาทำให้สามารถลดอัตราการหอบเหนื่อย การกำเริบซ้ำหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และผลการศึกษาของจริณพันธ์ปัญญา (2557) ที่พบว่าการควบคุมอารมณ์และจิตใจสามารถลดอาการหอบเหนื่อยและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน นอกจากนี้รัตตินันท์ เหมวิชัยวัฒน์ (2552) ยังพบว่าภายหลังได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคุณภาพ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่าผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติ การสาธิตและกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จากผู้วิจัยและทีมผู้ดูแล ซึ่งความรู้จากรูปแบบการบริการพยาบาลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ การดูแลตนเองที่บ้าน และได้มีเอกสารคู่มือเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวนำกลับไปทบทวนด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้เห็นผลลัพธ์ที่ดี ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยคือการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสอน ความรู้และทักษะที่จำเป็น และการได้รับการ

ดูแลเอาใจใส่จากทีมผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ ยังทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน หลีกเลียงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ หรือจัดการกับอาการหายใจเหนื่อยหอบได้ทำให้ไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำบ่อย ๆ มีการฝึกทักษะปฏิบัติในการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วย และได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคม ทั้งวิธีการจัดการกับความเครียด การพักผ่อน การผ่อนคลายและการสร้างสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการดูแลทั้งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแลในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา กิ่งคำ (2550) ซึ่งพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ย ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะแก่ทีมผู้ดูแล การส่งเสริมความรู้ในการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมักมีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ เพราะฉะนั้นการจัดการกับโรคจะได้ผลดีนั้นจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสร้างให้เกิดการคงอยู่ซึ่งพฤติกรรมที่ดี

ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของการนำรูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลทั้งระดับตติยภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้งในชุมชน และประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

- ณัชชา กิ่งคำ. (2550). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพปอดต่อสมรรถภาพการทำงานของปอด ความสามารถในการ ออกกำลังกาย อาการหายใจลำบาก และความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลพระยีน จัหวัด ขอนแก่น. [งานนิพนธ์พยาบาล พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย.
- กนก พิพัฒน์เวช. (2552). ผลการรักษาโดยใช้โปรแกรมการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างครอบคลุม. วารสาร วัณโรค โรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤต ; 30: 100-11.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [Internet]. USA: World Health Organization; c1997 [updated 2015; cited 2015 Nov 28]. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2560). ข้อเสนอแนะการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ปิยอนงค์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). การทบทวน วรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- Teo WSK, Tan W-S, Chong W-F, Abisheganaden J, Lew Y-J, Lim T-K, et al. (2012). Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*; 17(1): 120-6.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติโรคกรมการแพทย์. รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันโรคทรวงอก. (2563). ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [10 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้ จาก: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>.
- เปี่ยมลาก แสงสายัณห์. (2560). ระบบบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สถาบันโรคทรวงอก: 2560.
- เพ็ญศิริ สิริกุล, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และรสสุคนธ์ แสงมณี. (2560). ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560; 28(1): 57-68
- Benismaall A. (2011). Effective of medical care program to health promotive behaviors and quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients : a case study of Thungyang daeng hospital, Pattani province. [A thesis of Master of Science]. Yala: Yala Rajabhat University. (in Thai)
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company
- เกียรติสุดา ศรีสุข. (2556). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องเทคนิคการสร้างเครื่องมือในงานวิจัย. เชียงใหม่. คณะ ศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากูร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิง จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รินทร์ พันธุ์ปัญญา. (2557). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย โรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ;7(3):1-7.
- รัตตินันท์ เหมวิชัยวัฒน์. (2552). การใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว เพื่อ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ลำปางเวชสาร ; 30(1): 7-17.

ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์

The clinical manifestation of acute bronchiolitis in pediatric patients at Thatum hospital

(Received: December 16, 2021; Accepted: December 26, 2021)

ดาร์ริน มั่นยืน¹

Darin Munyuen¹

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กในโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันในโรงพยาบาลท่าตุมด้วย รหัส ICD-10 J21 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยในหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน 292 เหตุการณ์ เพศชาย ร้อยละ 59.2 อายุเฉลี่ย 6.6 เดือน กลุ่มอายุน้อยกว่า 12 เดือนร้อยละ 69.9 เคยมีประวัติรักษาด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมาก่อน ร้อยละ 51.0 เคยมีประวัติหอบหืด Wheeze ร้อยละ 40.8 มีการรักษาด้วย Salbutamol ทุกรายและรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การเคาะปอด ยาปฏิชีวนะ สเตียรอยด์ พบผู้ป่วย 2 เหตุการณ์ที่ปฏิเสธการรักษา ระยะการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยคือ 3.7 วัน ปัจจัยที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน(≥ 5 วัน) ได้แก่เด็กที่มีอายุ ≥ 3 เดือน($p = <0.001$) มีประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจก่อนหน้านี้($p = 0.005$) มีไข้($p = <0.001$) หายใจเร็ว($p = 0.023$) เคยมีประวัติหอบหืด Wheeze($p = 0.016$) และเด็กที่มีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาลคือมีอาการหายใจลำบาก($p = 0.002$) และผู้ปกครองไม่สามารถดูแลได้ ($p = 0.01$) การให้สารน้ำ($p = 0.021$) และยาปฏิชีวนะ($p = <0.001$) ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ชัดเจน การรักษาที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน ได้แก่การรักษาด้วยสารน้ำมีผล 3.24 เท่า (OR 3.24, 95%CI 1.19, 8.8, $p = 0.021$) และการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ 6.7 เท่า (OR 6.7, 95%CI 3.51, 12.81, $p = <0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยในหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน

ABSTRACT

This study aimed to study epidemiology, clinical manifestation, investigation and outcomes of acute bronchiolitis in pediatric patients whom admitted at Thatum hospital and risk factors predicted prolong length of stays. Retrospective study of hospitalized children with acute bronchiolitis aged under < 5 years at Thatum hospital from January 1st, 2019 to December 31st 2021 were reviewed. We used data from medical records.

Results : 292 patients were participate in the study. 59.2% were male, mean age is 6.6 months. 69.9% were age under 12 months, 51% previous respiratory hospitalization, 40.8%, recurrent wheezing in 1 year. The study showed 100% was treatments with Salbutamol nebulized and others treatment include chest physiotherapy, Antibiotics, Steroid. 2 patients were refusal of treatment. Median length of stay was 3.7 days. Univariate and multivariate were performed. This study showed that patient aged ≥ 3 month($p = <0.001$), previous respiratory hospitalization ($p = 0.005$), fever($p = <0.001$), tachypnea($p = 0.023$), recurrent wheezing in 1 year($p = 0.016$), children who received indication for hospitalization with sign respiratory distress($p = 0.002$) and family unable to cope($p = 0.01$) fluid hydration($p = 0.021$) antibiotic($p = <0.001$) were identified as significant risk factors for prolong length of stay in pediatric patients of acute bronchiolitis and the study showed treatment

¹ พ.บ. กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์ 32120 Corresponding Author. E-mail address: Darindada0@gmail.com

with fluid hydration increase risk for prolong length of stays OR 3.24, 95%CI 1.19, 8.8, $p=0.021$ and antibiotic used OR 6.7, 95%CI 3.51, 12.81, $p<0.001$ that associated statistically significant

Keywords : clinical manifestation of acute bronchiolitis, influencing factors predicted prolong length of stay.

บทนำ

หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (Acute Bronchiolitis) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ ทำให้มีการอักเสบของหลอดลมฝอย(bronchiole) เกิดการบวม และหลุดลอกของเซลล์เยื่อทางเดินหายใจทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนล่าง พบบ่อยในเพศชาย เด็กที่ไม่ได้รับนมแม่ มารดาสูบบุหรี่ เด็กที่อยู่ในชุมชนแออัด (Kliegman RM and other, 2016)¹ ร้อยละ 90 เกิดขึ้นในช่วงอายุ 2 ปี (Greenough A and other, 2001) มีร้อยละ 40 ที่พบเป็นการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (Arrott RH and other, 1973; Meissner HC, 2003)สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส เชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ Respiratory syncytial virus (RSV) ประมาณ 50% มีการศึกษาการติดเชื้อ RSV ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการระบาดมากในช่วงเดือนธันวาคมถึงเดือนมีนาคม(Mullins JA and other, 2003) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึง 90000 ครั้งต่อปี อัตราการนอนโรงพยาบาล 5.2 ต่อ 1000 คน ในเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี (Hasegawa K and other, 2013) โดยมีการเก็บข้อมูลจาก CDC ในปี 2000 ถึง 2005 (Hall CB and other, 2013)

สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทยมีการระบาดในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายนของทุกปี จากข้อมูลการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรคเกี่ยวกับไวรัส RSV ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 ถึงปัจจุบัน พบผู้ติดเชื้อ RSV หลายพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ได้แก่ ชัยภูมิ อุบลราชธานี อุตรธานี นครราชสีมา มุกดาหาร เชียงใหม่ และลำพูน มีผู้เสียชีวิตรวม 2 ราย จากจังหวัดชัยภูมิ และลำพูน จังหวัดที่พบสูงสุด 5 อันดับ

แรก ได้แก่ นครราชสีมา สุรินทร์ ขอนแก่น มหาสารคาม และปัตตานี (ทีม SAT สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค, 2564)

จากข้อมูลการระบาดของโรค พบมากในกลุ่มเด็กเล็ก ความรุนแรงของโรคตั้งแต่อาการไม่รุนแรง กระทั่งรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แนวทางการรักษาไม่มีการรักษาจำเพาะ เป็นการรักษาตามอาการ มีการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการรักษาโดยใช้ ยาพ่นขยายหลอดลม Salbutamol, Hypertronic saline, Epinephrine การให้ยากลุ่ม Steroid ยาปฏิชีวนะ การทำกายภาพบำบัดทรวงอก การให้ออกซิเจน เพื่อหาปัจจัยในการลดการนอนโรงพยาบาล ลดระยะการนอนโรงพยาบาล ลด clinical score ความรุนแรงของโรค ในโรงพยาบาล ทำตามมีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันเป็นจำนวนมาก มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกัน มีบางรายที่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้และบางรายจำเป็นต้องส่งต่อการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบระบาดวิทยา อาการ อาการแสดง การรักษา ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน เพื่อการวางแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลทำตาม และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันในโรงพยาบาลท่าตุมด้วยรหัส ICD-10 J21 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2563

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน

เกณฑ์การคัดเลือกรับออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่พบข้อมูลในเวชระเบียนหรือข้อมูลไม่ครบ

ทำการตรวจสอบและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ทั้งข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษา ผลการรักษา ระยะการนอนโรงพยาบาล และระดับวิทยาของโรค

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนาแสดงผลด้วยจำนวนและอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของข้อมูลแบบต่อเนื่องด้วย t-test และข้อมูลเชิงกลุ่มด้วย Fisher's exact หรือ chi-square test รวมถึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบลอจิสติก(Logistic regression) หาปัจจัยที่มีผลต่อการนอนโรงพยาบาลนานและแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้วย odd ratio(OR) และ 95%CI ค่า P-value < 0.05 ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยเรื่อง ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันในโรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันในโรงพยาบาลท่าตุม จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 292 เหตุการณ์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.2) อายุเฉลี่ย 6.6 เดือน อายุที่เข้ารับการรักษามากที่สุดคือกลุ่มอายุ < 12 เดือน ร้อยละ 69.9 คลอดตามกำหนด ร้อยละ 96.9 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว มีเพียงร้อยละ 4.1 เป็นโรคหัวใจ PDA, G6PD deficiency และโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผู้ป่วยเคยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางการติดเชื้อทางเดินหายใจมาก่อน ร้อยละ 51.0 เคยมีประวัติหอบหายใจเสียง Wheez ร้อยละ 40.8 ผู้ป่วยรักษาแล้วได้นอนโรงพยาบาลในครั้งแรกร้อยละ 80.8

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลตั้งแต่วันแรกที่มีอาการ ร้อยละ 30 มีไข้แรกเริ่ม ร้อยละ 59.9 ส่วนมากไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ออกซิเจนแรกเริ่ม มากกว่า 95% ร้อยละ 96.9 ตรวจร่างกายที่ผิดปกติ พบมี Rhonchi ร้อยละ 94.2 รองลงมา Wheezing ร้อยละ 8.2

ผู้ป่วยในได้รับการส่งตรวจเพิ่มเติม ร้อยละ 70.2 CBC ร้อยละ 70.2 Nasal swab for Flu A, B ร้อยละ 10.3 CXR ร้อยละ 14.4 และพบผิดปกติของ CXR ร้อยละ 40.5

ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในได้รับการรักษาด้วยการพ่นยาขยายหลอดลม Salbutamol ร้อยละ 100.0 Adrenaline ชนิดพ่น ร้อยละ 0.7 ไม่มีการใช้ 3%NaCl ในการศึกษา การรักษาด้วยการเคาะปอด ร้อยละ 76.7 มีการให้ยาปฏิชีวนะ และสเตียรอยด์ร่วมด้วย มีผู้ป่วยที่ต้องการออกซิเจนขณะนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 3.8 ผู้ป่วยส่วนมากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 89 พบผู้ป่วย

ร้อยละ 9.6 ที่มีโรคร่วมได้แก่ ท้องเสีย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และอื่น ๆ โดยระยะนอนระยะการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยคือ 3.7 วัน พบว่าส่วนมากนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 วัน ร้อยละ 82

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน (≥ 5 วัน) ด้วย univariate และ multivariate analysis ดังแสดงในตารางที่ 7 พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้นอนโรงพยาบาลนาน ที่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุ ≥ 3 เดือน มีประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจก่อนหน้านี้ แรกเริ่มไข้ ตรวจร่างกาย Tachypnea เคยมีประวัติหอบหายใจ Wheeze นำมาก่อน และในกลุ่มเด็กที่แรกเริ่มข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาลคือมีอาการหายใจ

ลำบาก และผู้ปกครองไม่สามารถดูแลได้ การรักษาโดยการให้สารน้ำ และการให้ยาปฏิชีวนะในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ชัดเจน

และได้มีการนำข้อมูลมาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน พบว่าการรักษาด้วยสารน้ำมีผลทำให้นอนโรงพยาบาลนานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ 3.24 เท่า และการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ 6.7 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการให้ยาสเตียรอยด์มีผลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ 1.8 เท่า การให้ออกซิเจนมีผลมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ 1.03 เท่า การเคาะปอดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ 1.16 เท่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังข้อมูลตารางที่ 1

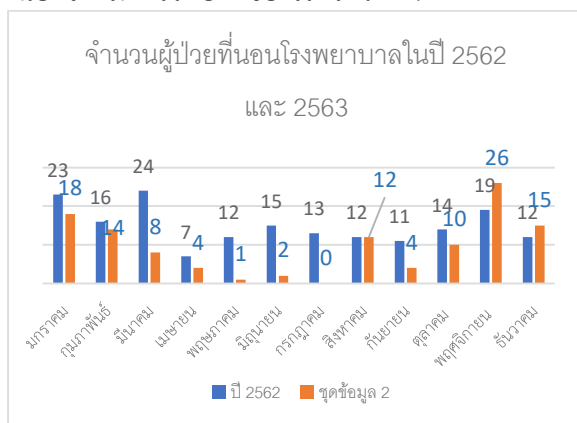
ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน

ประเด็น	Univariate		Multivariate	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
ชาย	1.24 (0.67, 2.31)	0.496		
คลอดPreterm	1.33 (0.27, 6.6)	0.726		
อายุที่เริ่มมีอาการ ≥ 3 เดือน	5.76 (2.37, 14.01)	<0.001*	2.21 (0.79, 6.18)	0.13
ประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจ (มี)	2.49 (1.31, 4.72)	0.005*	1.55 (0.52, 4.59)	0.428
โรคประจำตัว (มี)	1.57 (0.41, 6.02)	0.509		
fever	5.53 (2.83, 10.8)	<0.001*	1.96 (0.83, 4.59)	0.123
Sign respiratory				
Tachypnea	4.15 (1.22, 14.16)	0.023*	4.45 (1.05, 18.92)	0.043*
Subcostal, intercostal	1.58 (0.49, 5.12)	0.443		
Wheezing	1.24 (0.44, 3.48)	0.686		
Rhonchi	1.01 (0.28, 3.66)	0.986		
เคยหอบ	2.1 (1.15, 3.85)	0.016*	1.36 (0.46, 4.02)	0.575
ประวัติการนอนRevisit in 7 days	1.34 (0.65, 2.75)	0.432		
Indication admit				
Sign respiratory distress	2.71 (1.46, 5.03)	0.002*	1.88 (0.62, 5.7)	0.266
Required oxygen keep > 90%	2.88 (0.67, 12.44)	0.157		
Dehydration	0.57 (0.07, 4.65)	0.598		
High risk for severe disease	1.41 (0.37, 5.31)	0.613		
Family unable to cope	0.45 (0.25, 0.83)	0.01*	2.53 (0.82, 7.86)	0.108
CBC	13.71 (3.26, 57.74)	<0.001*	4.39 (0.92, 21.03)	0.064
Nasal swab for Flu A, B	7.17 (3.23, 15.95)	<0.001*	3.88 (1.59, 9.45)	0.003*

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน

ประเด็น	Univariate		Multivariate	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
Electrolyte	1.09 (0.35, 3.39)	0.878		
เอกซเรย์	2.1 (0.99, 4.45)	0.053		
ผลเอกซเรย์ Abnormal	1.73 (0.45, 6.69)	0.429		
Management				
Fluid	3.24 (1.19, 8.8)	0.021*	0.8 (0.25, 2.61)	0.716
ATB	6.7 (3.51, 12.81)	<0.001*	2.83 (1.28, 6.24)	0.01*
Steroid	1.8 (0.81, 3.99)	0.146		
On oxygen.	1.03 (0.22, 4.9)	0.974		
Chest therapy	1.16 (0.56, 2.41)	0.688		

และผู้วิจัยได้นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาล ในปี 2562 เทียบกับปี 2563 พบว่าจำนวนผู้ป่วยใน ในปี 2562 มากกว่าในปี 2563 เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19



อภิปรายผลการศึกษา

หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง พบมากในกลุ่มเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 2 ปี มีการระบาดทั่วโลก ความรุนแรงของโรคมั้ตั้งแต่อาการไม่รุนแรง กระทั่งเสียชีวิต สาเหตุเกิดจากติดเชื้อไวรัสโดย RSV พบมาก ร้อยละ 50 รองลงมา Parainfluenza (Kliegman RM and other, 2016) มักมีการติดเชื้อซ้ำในช่วงอายุ 2 ปีแรก (Ghazaly M and other, 2020) การวินิจฉัยและการรักษาอ้างอิงข้อมูลจาก AAP (Ralston SL and

other, 2014) และแนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ปี 2562 (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤติในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแห่งประเทศไทย, 2562)

จากการศึกษาพบผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยจำนวน 292 เหตุการณ์ เป็นเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของนิชภา นิชพานิช (2564) และ McCallum GB (2016) และคณะ อายุเฉลี่ย 6.6 เดือน ต่างจาก (Nichapa Nichpanit N, 2564) อายุเฉลี่ย 12.94 เดือน อายุที่เข้ารับการรักษามากที่สุดคือกลุ่มอายุน้อยกว่า 12 เดือน สอดคล้องกับของ นวลจันทร์ ปราบพาล และคณะ (1984) พบผู้ป่วยเคยมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางการติดเชื้อทางเดินหายใจมาก่อนสอดคล้องกับ McCallum GB อาการแสดงทางคลินิก ส่วนมากมาโรงพยาบาลตั้งแต่วันแรกที่มีอาการต่างจากการศึกษาที่ทำในต่างประเทศ (McCallum GB and other, 2016) ที่ผู้ป่วยมาวันที่ 2 – 3 ที่เริ่มมีอาการ ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าถึงการรักษาที่เข้าถึงง่ายและสะดวกต่างจากการเข้ารับบริการ ผู้ป่วย ส่วนมากไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน (>95%) จากการศึกา (Rodriguez-Martinez CE and other, 2018) ที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน โดยออกซิเจนแรกรับเฉลี่ย 88% โดย AAP (American Academy of Pediatrics,

2015) ได้มีการแนะนำการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่ออกซิเจนแรกรับ < 95 % ต่างจาก NICE แนะนำการให้เมื่อ < 90 % (Maurico TC and other, 2017) การตรวจร่างกายที่ผิดปกติที่พบได้คือฟังได้เสียง Rhonchi, wheeze ส่วนการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจและการหายใจเร็วในการศึกษานี้พบค่อนข้างน้อย ส่วนหนึ่งเนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน การส่งตรวจเพิ่มเติม ทำเพื่อศึกษาระบาดวิทยา แยกผู้ป่วย ลดการใช้ยาปฏิชีวนะ และหาภาวะแทรกซ้อน โดยในการศึกษานี้ไม่ได้ทำการตรวจหาเชื้อไวรัส RSV เนื่องจากเป็นข้อจำกัดในการส่งตรวจ การส่งตรวจเลือด(CBC) ไม่มีความจำเป็นและไม่ช่วยในการวินิจฉัย รวมถึงไม่สามารถใช้ในการประเมินการติดเชื้อแบคทีเรีย (Maurico TC and other, 2017) ในปัจจุบันการรักษาเป็นการรักษาตามอาการ ไม่มีการรักษาจำเพาะ มีการทำงานศึกษาการใช้ยาพ่นชนิดต่าง ๆ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดระยะการนอนโรงพยาบาล Salbutamol ไม่ลดระยะการนอนโรงพยาบาล ระยะการดำเนินโรค (Ralston SL and other, 2014) และไม่ลดอัตราการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาล แต่ในการศึกษานี้ยังมีการรักษาโดยใช้ Salbutamol ร้อยละ 100.0 ยาพ่นกลุ่มอื่น ๆ ที่มีการใช้ในการศึกษานี้คือ Adrenaline โดยมีการศึกษาว่าช่วยในการ improve clinical score แต่ไม่ลดระยะการนอนโรงพยาบาล (Hartling L and other, 2003) 3%NaCl ในศึกษานี้ไม่มีการใช้ มีการศึกษาพบว่าช่วยลดการนอนโรงพยาบาลแต่ต้องมีการใช้ร่วมกับ Epinephrine (Zhang L and other, 2018) ช่วยลด clinical score (Wang ZY and other, 2019) ลดระยะการนอนโรงพยาบาล และระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Stobbelaar K and other, 2019) และการรักษาด้วยการเคาะปอด (Chest therapy) มีการศึกษาของ Van Ginderdeuren F (2016) พบว่าไม่มีผลต่อการรักษา

และระยะการนอนโรงพยาบาล ส่วนการให้ยาปฏิชีวนะมีการศึกษา¹⁹ ที่พบว่าไม่ช่วยในการลดระยะการนอน การให้ออกซิเจนแบบ HHHFNC ในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง จะลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ ในการศึกษาฉบับนี้ ไม่มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HHHFNC ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการนำเครื่องเข้ามาในโรงพยาบาล ในปี 2563 คาดว่าในผู้ป่วยรายต่อไปที่มีอาการปานกลาง จะได้มีการนำมาใช้มากขึ้น ระยะการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยในคือ 3.7 วัน ใกล้เคียงกับการศึกษาในไทย (Nichapa Nichpanit N., 2564) 4.48 วัน พบว่าส่วนมาก นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 วัน

จากการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนาน (> 5วัน) ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีอายุ ≥ 3 เดือน มีประวัติติดเชื้อทางเดินหายใจก่อนหน้านี้ มีไข้แรกรับ ตรวจร่างกาย Tachypnea เคยมีประวัติหอบหายใจ Wheez นำมาก่อน กลุ่มเด็กที่ข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาลคือมีอาการหายใจลำบาก ผู้ปกครองไม่สามารถดูแลได้ การรักษาโดยการให้สารน้ำ และการให้ยาปฏิชีวนะ ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์ชัดเจน และได้มีการนำข้อมูลมาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนานที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า การรักษาด้วยสารน้ำมีผลทำให้นอนโรงพยาบาลนานมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ 3.24 เท่า และการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ 6.7 เท่า ต่างจากการศึกษาของ McCallum GB และคณะ (2016) ที่ปัจจัยที่มีผลต่อระยะการนอนโรงพยาบาลนานคือ มีการใช้ accessory muscle use และในการศึกษาของ Rodriguez – Martinez (2018) ปัจจัยที่มีผลคืออายุ โรคประจำตัว การติดเชื้อไวรัส RSV จะเห็นว่าการติดเชื้อ RSV เป็นสาเหตุที่สำคัญ การทราบระบาดวิทยาจะเป็นตัวช่วยพยากรณ์โรคที่ดี มีการศึกษาของ Pornumpa Bunjoungmanee (2559) และคณะที่พบว่า การติดเชื้อ RSV ในเด็กอายุ

น้อยกว่า 2 เดือน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นสู่เท่าต่อการติดเชื้อรุนแรง และมีการศึกษา Chaisiri Srijareonvijit และคณะ (2018) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี ที่ติดเชื้อ RSV ได้แก่ ประวัติอาเจียน ประวัติเข้ารับการรักษาจากการติดเชื้อทางเดินหายใจในช่วง 14 วัน ตรวจพบอุณหภูมิมากกว่า 39 องศาเซลเซียส หายใจเร็ว เสี่ยงปอดผิดปกติ จากข้อมูลข้างต้นสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและประเมินวางแผนทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม การดูแลตัวเอง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ จะช่วยลดการติดเชื้อทางเดินหายใจ เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยใน ในปี 2563 ที่ลดจำนวนลงหลังจากมีการระบาดของโควิด-19

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง อาจมีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลรวมถึงข้อจำกัดในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ไม่สามารถทราบระบาดวิทยาได้ แต่สามารถนำผลการศึกษามาปรับใช้เป็นแนวทางในการประเมินการรักษาเพิ่มเติมได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลท่าตุมที่ให้คำปรึกษาและช่วยค้นหาข้อมูล ทำให้วิจัยนี้ผ่านไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, et al. Nelson textbook of pediatrics, 20th ed. W.B.Sauders 2016; 2044-2048.
- Teshome G, Gattu R, Brown R. Acute bronchiolitis. Pediatr Clin N Am 2013;60:1019-34.
- Weinberger MM, Light MJ, Blaisdell CJ, Homnick DN, et al. American Academy of Pediatrics. Pediatr Pulmonol 2011;377-90.
- American Academy of Pediatrics. Respiratory Syncytial Virus. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. 2015 Red book: Report of The Committee on Infectious Diseases 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2015:667-76.
- Piedimonte G, Perez MK. Respiratory syncytial virus infection and bronchiolitis. Ped in Rev 2014;35:519-30.
- Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guide- line: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatr 2014;134:1474-502.
- สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤติในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแห่งประเทศไทย. หลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน(Acute bronchiolitis). แนวทางการการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ.2562. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2564. เข้าถึงได้จาก:<http://www.thaipediatrics.org/Media/media-20190909130040.pdf>
- Wainwright C, Altamirano L, Cheney M, Cheney J, Barber S, Price D, et al. A multicenter, randomized, double-blind, controlled trial of nebulized epinephrine in infants with acute bronchiolitis. N Engl J Med2003;349:27-35.
- Turunen R, Koistinen A, Vuorinen T, Arku B, Soderlund-Venermo M, Ruuskanen O, et al. The first wheezing episode: respiratory virus etiology, atopic characteristics and illness severity. Pediatr Allergy Immunol 2014;25:796-803.
- Rolfsjord LB, Skjerven HO, Carlsen KH, et al .The severity of acute bronchiolitis in infants was associated with quality of life nine months later. Acta Paediatrica. 2016;105:834-841

- Nwokoro C, Pandya H, Turner S, Eldridge S, Griffiths CJ, Vulliamy T, et al. Intermittent montelukast in children aged 10 months to 5 years with wheeze (WAIT trial): a multicentre, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Respir Med* 2014;2(10):796-803.
- Mullins JA, Lamonte AC, Bresee JS, Anderson LJ. Substantial variability in community respiratory syncytial virus season timing. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22(10):857-862.
- Greenough A, Cox S, Alexander J, et al. Health care utilisation of infants with chronic lung disease, related to hospitalisation for RSV infection. *Arch Dis Child*. 2001;85(6):463-468.
- Arrott RH, Kim HW, Arrobio JO, et al. Epidemiology of respiratory syncytial virus infection in Washington, D.C. II. Infection and disease with respect to age, immunologic status, race and sex. *Am J Epidemiol*. 1973;98(4):289-300.
- Meissner HC. Selected populations at increased risk from respiratory syncytial virus infection. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22(suppl 2):S40-S44.
- Hasegawa K, Tsugawa Y, Brown DF, Mansbach JM, Camargo CA Jr. Trends in bronchiolitis hospitalizations in the United States, 2000-2009. *Pediatrics*. 2013;132(1):28-36.
- Hall CB, Weinberg GA, Blumkin AK, et al. Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age. *Pediatrics*. 2013;132(2).
- ทีม SAT สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค พยากรณ์โรคฯ ฉบับที่ 292. เดือนในช่วงหน้าหนาว ผู้ปกครองควรดูแลบุตรหลานอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเด็กเล็กระวังป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV).(อินเทอร์เน็ต) สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564. เข้าถึงได้จาก:<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16295&deptcode=brc>.
- Spurling GK, Doust J, Del Mar CB, Eriksson L. Antibiotics for bronchiolitis in children under two years of age *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Oct 9;(10):CD005189.
- McCallum GB, Chatfield MD, Morris PS, Chang AB. Risk factors for adverse outcomes of Indigenous infants hospitalized with bronchiolitis. *Pediatr Pulmonol*. 2016 Jun;51(6):613-623.
- Van Ginderdeuren F, Vandenplas Y, Deneyer M, Vanlaethem S, Buyl R. Effectiveness of airway clearance techniques in children hospitalized with acute bronchiolitis. *Pediatric Pulmonology* 2016 21 Jul;52(2):225-231.
- Rodriguez-Martinez CE, Sossa-Briceno MP, Nino G. Predictors of prolonged length of hospital stay for infants with bronchiolitis. *J Investig Med*. 2018 Aug;66(6):986-991.
- Ghazaly M, Abu Faddan NH, Raafat DM, et al. Acute viral bronchiolitis as a cause of pediatric acute respiratory distress syndrome. *Eur J Pediatr*. 2020;Nov:1-6.
- Stollar F, Glangetas A, Luterbacher F, et al. Frequency, Timing, Risk Factors, and Outcomes of Desaturation in Infants With Acute Bronchiolitis and Initially Normal Oxygen Saturation. *JAMA Netw Open*. 2020 Dec;3(12):2030905.
- Schroeder AR, Destino LA, Ip W, Vukin E, Brooks R, Stoddard G, Coon ER. Day of Illness and Outcomes in Bronchiolitis Hospitalizations. *Pediatrics*. 2020 Nov;146(5):20201537.
- Pornumpa Bunjongmanee, Amornrat Rotejaratpaisan, Auchara Tangsathapornpong. Epidemiology, clinical manifestation and risk factors of respiratory syncytial virus infection in children at Thammasat University Hospital. *Thammasat University Hospital Journal Online* 2559; 16(3):370-76.

- Nichapa Nichpanit N. The study of acute bronchiolitis in in-patient of QSNICH (abstract). สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2564. เข้าถึงได้จาก <http://library.childrenhospital.go.th/elib/multim/km/954.pdf>
- Chaisiri Srijareonvijit, Somtavit Umpornareekul, Visal Moolasart. Clinical Factors Associated with Respiratory Syncytial Virus-Hospitalization among Young Thai Children. Thai journal of pediatrics 2018 july;57(3):174-183.
- Hay DK, Holman RC, Roosevelt GE, Clarke MJ, Anderson LJ. Bronchiolitis-associated mortality and estimates of respiratory syncytial virus-associated deaths among US children, 1979-1997. J Infect Dis. 2001;183:16-22.
- Maurico TC, FernandoPP, Renato TS. Viral bronchiolitis in young infant: new perspectives for management and treatments. Journal de Pediatria. 2017;93:75-83
- Hartling L, Wiebe N, Russell K, Patel H, Klassen TP. A meta-analysis of randomized Controlled trial Evaluating the efficacy of epinephrine for the treatment of viral Bronchiolitis. Arch Pediatric adoles Med. 2003; 157:957-964
- Zhang L, Gunther CB, Franco OS, Klassen TP. Impact of hypertronic saline on hospitalization rate in infants with acute bronchiolitis : A meta analysis. Pediatric pulmonol 2018;53(8):1089-1095.
- Wang ZY, Li XD, Sun AL, Fu XQ. Efficacy of 3%hypertonic saline in bronchiolitis: A meta – analysis: Experimental and therapeutic medicine 2019; 18:1338-1344.
- Stobbelaar K, Kool M, de Kruijf D, Van Hoorenbeeck K, Jorens P, De Dooy J, Verhulst S. Nebulized hypertonic saline in children with bronchiolitis admitted ti the paediatric intensive care unit: A retrospective study;journal od Paediatrics and child Health. 2019; 55:1125–1132
- Prpphal N, Paranu Wong V, Chumdermpadetsuk S. Acute Bronchiolitis in Chulalongkorn Hospital. Chula Med J 1984 Oct;28(10);1137-1148.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา
Nursing care for diabetic retinopathy patients
(Received: December 15, 2021; Accepted: December 28, 2021)

อัจฉรา แก้วน้ำเชื้อ¹

Atchara Kaewnamchuea

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 26 ปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ไทรอยด์ รักษาสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 8 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 19 มีนาคม 2563 ด้วยอาการตา 2 ข้างพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจน 2 สัปดาห์ วินิจฉัยว่าเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง (proliferative diabetic retinopathy) แพทย์พิจารณายิงเลเซอร์จอประสาทตาทั้งสองข้าง ด้วยลำแสงเลเซอร์ ชนิด Panretinal photocoagulation (PRP) ก่อนการยิงเลเซอร์จอประสาทตา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการขยายม่านตาและยาชา ขณะยิงเลเซอร์ จัดท่าที่เหมาะสม ช่วยแพทย์ขณะยิงเลเซอร์ หลังการยิงเลเซอร์ สังเกตอาการปวดตา ตาแดง แนะนำการปฏิบัติตัวหลังเลเซอร์ สอนการหยอดตา ติดตามอาการ 1 เดือน ตาทั้งสองไม่มีอาการพร่ามัวกว่าเดิม และได้รับการยิงเลเซอร์จอประสาทตาอีกจำนวน 2 ครั้ง

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

Abstract

Objective: of this study: To study the nursing care for diabetic retinopathy patients.

Results: A 26-year-old Thai female patient with congenital disease, diabetes and thyroid. She was treated regularly for a period of 8 years. The patient was admitted in hospital on 19 March 2020 with blurry vision in both eyes, for 2 weeks. The patient was diagnoses as proliferative diabetic retinopathy. Doctors considered that the patient should be received lasers on both retinas with a panretinal photocoagulation (PRP) laser beam. Before PRP, patients had an anxiety and lacking of patients had an anxiety and lack of knowledge. Therefore, the nurse gave advice on how to behave during PRP. During PRP, nurse take care the patient with receiving retinal dilation and anesthetic and also help doctor. The patient was arranged in the proper position. After PRP, eye pain red eyes of patient were monitored. Nurse gave advice on how to behave after PRP and guide the patient for using eye drops. The patient was followed up for 1month. Both eyes of patient were no more blurry. After that patient was further received PRP for 2 time.

Keywords: Nursing care, diabetic retinopathy

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ในปี ค.ศ.2015 ทั่วโลกพบผู้ป่วย

เบาหวาน 415 ล้านคน 1 ใน 11 คน เป็น เบาหวาน โดยไม่รู้ตัวและในปี ค.ศ.2040 จะเพิ่มขึ้นกว่า 642 ล้านคน สำหรับประเทศไทยใน ปี พ.ศ. 2557 พบ

¹ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

64.96 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดทั่วร่างกายจึงเป็นสาเหตุการสูญเสียอวัยวะและสาเหตุการตายที่สำคัญหนึ่งในห้าอันดับแรกของโรคไม่ติดต่อโดยพบว่ามีคนตายจากโรคเบาหวานทุก 6 วินาที จากภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ หลอดเลือดสมองและหัวใจ ตา ไต และเท้า เป็นต้น (สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) เป็นโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานที่อาจทำให้เกิดภาวะตาบอดได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าในปี 2030 จะมีประชากรที่มีปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 360 ล้านคน ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานทุกรายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy) การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และการได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยจักษุแพทย์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะลดอัตราการมองเห็นได้มากกว่าร้อยละ 90 โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานมากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงจอประสาทตาซึ่งหากไม่ได้รับการตรวจพบ และรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียสายตา โดยเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดเป็นอันดับสองรองจากต้อกระจก

จากข้อมูลของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่าโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาดังตั้งปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีจำนวน 327 , 431 และ 437 ราย ตามลำดับ สำหรับการรักษาที่ดีในปัจจุบัน คือ การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาด้วยความรวดเร็ว และหากมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาแล้ว ได้รับการเลเซอร์ด้วยลำแสงเลเซอร์ หรือวิธีอื่นๆ ที่ยับยั้งการสร้างเส้น

เลือดงอกใหม่ได้จะลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียความมองเห็นของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

รายงานผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 26 ปี สัญชาติไทย การศึกษาระดับอนุปริญญา ประวัติเป็นโรคเบาหวาน 8 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมำเสมอ ปี 2561 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการตามัวข้างซ้าย ตรวจพบว่าเป็นต้อกระจกได้รับการผ่าตัด PE with IOL หลังจากนั้น 6 เดือน ตามัวและตรวจพบว่าเป็นต้อกระจกและได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 2 ต่อมาปี 2562 ตรวจพบเบาหวานขึ้นจอประสาทตา การมองเห็นตาสองข้างลดลง วินิจฉัย non proliferative diabetic retinopathy: NPDR รักษาด้วยการฉีดยาเข้าในน้ำวุ้นตาทั้งสองข้างจำนวน 4 ครั้ง

การเจ็บป่วยครั้งนี้ เข้ามาได้รับการรักษาที่แผนกตาเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2563 ด้วยอาการตาสองข้างพร่ามัว มองเห็นไม่ชัดเจน พบว่าผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาขั้นรุนแรง (Proliferative Diabetic Retinopathy:PDR) แพทย์จึงนัดยิงเลเซอร์ตา

อาการแรกเริ่ม

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท ผลการวัดสายตา ตามา HM ตามัว 20/70 PH 20/50 ผลการตรวจความดันลูกตา ตามัว 14 mmHg ตามา 13 mmHg

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

BUN 29 mg/dl, Creatinine 0.81 mg/dl, HbA1C 8 %, FBS 151 mg/dl

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

ตารางที่ 1 การประเมินผู้ป่วย

แบบแผนสุขภาพ	การประเมินผู้ป่วย
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	-วิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วย และกลัวการยิง เลเซอร์ของตา -ขาดการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและการยิงเลเซอร์จอประสาทตา
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	-การรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ยังคงชอบรับประทานอาหารหวาน
3. การขับถ่ายของเสีย	-ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง
4. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	-เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตาพร่ามัว
5. การพักผ่อนนอนหลับ	-ไม่พบปัญหาเรื่องการนอนหลับ
6. การรับรู้สติปัญญาและความน่าเชื่อถือ	-เสี่ยงต่ออุบัติเหตุเนื่องจากตามัวมองเห็นไม่ชัด
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	-ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่ามีภาวะโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาจากการที่เป็นเบาหวานเป็นระยะเวลานาน
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	-ผู้ป่วยสถานภาพโสด อาศัยอยู่กับบิดา มารดา
9. เพศและการเจริญพันธุ์	-ผู้ป่วยยังมีประจำเดือนปกติ
10. การเผชิญความเครียด	-ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการยิงเลเซอร์จอประสาทตาและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
11. คุณค่าและความเชื่อ	-ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบุญ บาป

แผนการรักษา

การยิงเลเซอร์ทั่วทั้งจอตา (panretinal photocoagulation: PRP) ยกเว้นขั้วประสาทตาและจุดรับภาพชัด เพื่อไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น เป็นการทำลายหลอดเลือดเกิดใหม่และลดการใช้ออกซิเจนของจอตา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ระยะก่อนการเลเซอร์จอประสาทตา

กิจกรรมการพยาบาล

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนเลเซอร์จอประสาทตา ขณะเลเซอร์และหลังเลเซอร์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตัวถูกต้อง ลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการเลเซอร์ ได้แก่ การหยอดตาเพื่อขยายม่านตา หลังการหยอดตาเพื่อขยายม่านตา ผู้ป่วยจะรู้สึกมองไม่ชัด แสงเข้าตามากขึ้น ตาพร่ามัวเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมง จะได้คำแนะนำเรื่องการระมัดระวังอุบัติเหตุ ผู้ป่วยไม่ควรขี้อั้ว

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการขยายม่านตาและยาชา

- ประเมินขนาดรูม่านตาของผู้ป่วย

เนื่องจากการยิงเลเซอร์จอประสาทตา ม่านตาต้องขยายมากที่สุด 7- 8 mm

ระยะขณะเลเซอร์จอประสาทตา

กิจกรรมการพยาบาล

- ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
- ให้ผู้ป่วยวางดวงตาและศีรษะแนบชิดเครื่องเลเซอร์ ไม่ส่ายไปมา

- แนะนำการปฏิบัติตัวขณะเลเซอร์จอประสาทตา ระหว่างการยิงเลเซอร์ ห้ามกลอกตามา จ้องแสงเลเซอร์ อาจทำให้แพทย์ยิงโดนบริเวณจุดรับภาพชัด ซึ่งส่งผลให้การมองเห็นตรงกลางลดลง ควรปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด

ระยะหลังเลเซอร์จอประสาทตา

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังเลเซอร์ ผู้ป่วยสามารถล้างหน้า ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ
2. การใช้ยาหยอดตา ผู้ป่วยจะต้องหยอดตาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยใช้ยา Inf oph BE ทุก 2 ชั่วโมง Poly oph BE qid
3. แนะนำให้ความรู้ อาการผิดปกติที่ควรรับมาพบแพทย์ ได้แก่ ตามัวลง มีอาการปวดตา

รุนแรงหรืออาการปวดยังคงอยู่แม้ว่าได้ใช้ยาแก้ปวดไปแล้ว

สรุปบทบาทยุทธศาสตร์

1. แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารรับประทานยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

2. ประเมินอาการน้ำตาลต่ำในเลือด เฝ้าระวังอาการน้ำตาลต่ำในเลือด ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด แนะนำผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยาเบาหวานและการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

3. แนะนำ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และพัฒนาระบบบริการการเพื่อให้ผู้ป่วย

ได้รับการตรวจจอประสาทตายน้อยปีละครั้ง เพราะถ้าพบความผิดปกติแต่เนิ่น ๆ จะช่วยลดความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

4. เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนทำเลเซอร์ ช่วยแพทย์ขณะทำเลเซอร์ ให้การพยาบาลหลังทำเลเซอร์ สังเกตอาการหลังทำเลเซอร์ เช่น อาการปวดตา ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังทำเลเซอร์ นัดหมายผู้ป่วยให้มาตรวจครั้งต่อไป แนะนำ อาการสำคัญที่ต้องมาก่อนนัด

5. ต้องมีการเตรียมครอบครัว เตรียมผู้ดูแลหลัก เพื่อมารับการสอนคำแนะนำการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสังเกต อาการผิดปกติ การมาตรวจตามแพทย์นัด ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- นิสรา พรหมมา. (2554). กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ;17(1) : 56-72.
- ปราณีต ใจใหญ่. (2563).การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่ได้รับการเลเซอร์จอประสาทตาด้วย ลำแสงเลเซอร์ : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม; 17(1): 105-112.
- พัชรพร เกตมมงคล. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการ รายการณีนผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอ ประสาทตา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข; 31(2) :1-11.
- สมใจ แสงสร้อย. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 1(2): 197-207.
- อภิชาติ สิงคาลวนิชและญาติ เจียมไชยศรี. (2553). จักษุวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โฮลิสติกพับลิชชิ่งการพิมพ์จำกัด.
- เอื้องพร พิทักษ์สังข์. (2554). การพยาบาลและหัตถการทางตา. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา-ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
- World Health Organization. (2020). World Health Statistics 2015. [cite June 30 2020] available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/.

ผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช The Effect of the practice guideline of waiting time service of Outpatient Department, King Narai Hospital

(Received: December 15, 2021; Accepted: December 27, 2021)

อัจฉราวรรณ ศรีสว่าง¹
Atcharawan Sornsawang¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 มิถุนายน 2564 ได้จากการสุ่มตามคุณสมบัติจำนวนกลุ่มละ 50 คน เก็บข้อมูลระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสถิติแบบทีอิสระ

ผลการวิจัย: ผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติ ค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ : แนวปฏิบัติ, ระยะเวลารอคอย, ผู้ป่วยนอก

Abstract

This pre-post quasi-experimental research aimed to compare the waiting time and the service satisfaction of outpatient before and after applying the practice guideline to reduce the waiting time of outpatient department, King Narai Hospital. The sample group is a patient in the chronic disease group who receives services in the outpatient department for general medical examination, King Narai Hospital, during 1 January 2021 to 31 March 2021. The sampling of 50 patients each of sample group was selected from according to the properties requirement. The data of waiting time service satisfaction of patients before and after applying the practice guideline were collected. The statistics for the data analysis were percentage, mean, standard deviation and independent statistical testing.

Results: The result of using the guideline to reduce the waiting time was found that the mean waiting time of the experimental group was significantly lower than the control group at 0.01 after applying the guideline. The mean satisfaction score of the experimental group was significantly higher than that of the control group at 0.001.

Keywords: Practice guideline, waiting time, Outpatient

บทนำ

การพัฒนาสุขภาพของประชาชนถือเป็นรากฐานของการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้าและมั่นคง รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ

โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันมากกว่าการรักษา แต่ในสถานการณ์จริงการรักษาพยาบาลยังเป็นส่วนที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจมาจากการเพิ่มของประชากร ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ บั่น

¹ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ทอนสุขภาพของประชาชนทั้งกายและใจ ทำให้ความต้องการใช้บริการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น รัฐบาลให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการในสถานบริการมากขึ้น โดยเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับการจัดระบบบริการ ทำให้ผู้มารับบริการไม่พึงพอใจในระบบบริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพที่ไม่ดีพอ ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาระบบบริการด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ประชาชนที่มารับบริการได้รับความสะดวก ปลอดภัย และพึงพอใจสูงสุด ตามหลักการบริหารแนวใหม่ ซึ่งถือว่าผู้รับบริการเป็นลูกค้าที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล ความคิดเห็นของผู้รับบริการจะสะท้อนปัญหาแท้จริงของระบบบริการ และจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งด้านความสะดวก ประหยัด และมีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล

งานด้านการรักษาพยาบาลเป็นงานที่ซับซ้อนละเอียดอ่อน มีบุคลากรที่เกี่ยวข้องมากมาย ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ประกอบกับเป็นงานที่เร่งรีบ รวดเร็วไม่ได้ จึงมีโอกาสเกิดความผิดพลาด ไม่สมบูรณ์ ความรู้สึกไม่พอใจ เข้าใจผิด และไม่พึงประสงค์ต่างๆ ได้ง่าย ทำให้เกิดกรณีร้องเรียนทางสื่อสารสาธารณะต่างๆ และการฟ้องร้องต่อองค์กรวิชาชีพ ส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเสื่อมลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการของรัฐที่มีความคับแคบ แออัด ขาดแคลน ทรัพยากรการแพทย์ที่จำเป็น ทำให้ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลไม่เป็นที่ไว้วางใจ และเชื่อมั่นของผู้ป่วย

หน่วยงานผู้ป่วยนอก (Out Patient department) ซึ่งเป็นบริการด้านแรกของโรงพยาบาล ให้บริการการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ซึ่งครอบคลุมในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ในส่วนของกิจกรรมการให้บริการนั้น กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่า คือ การอำนวยความสะดวก การต้อนรับ การคัดกรอง การจัดลำดับเข้าตรวจ การ

ป้องกันอันตรายขณะรอการตรวจ การให้ข้อมูลกับ ผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การบริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบวิธีปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งการส่งปรึกษาระหว่างแผนก และส่งต่อไปรักษาพยาบาลในหน่วยงานอื่น งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้บริการครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล การคัดกรองโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ปัจจุบันมีผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ตรวจโรคทั่วไปเฉลี่ยวันละ 80-120 คน (สถิติงานผู้ป่วยนอก, 2563) ซึ่งกิจกรรมในการให้บริการเริ่มตั้งแต่ผู้มารับบริการยื่นบัตรรับบัตรคิว ตรวจคัดกรอง ชักประวัติ รอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบแพทย์ รับยาที่ห้องยา และสิ้นสุดที่การให้คำแนะนำกลับบ้าน

จากผู้รับบริการในแต่ละวันที่มีจำนวนแออัด คับคั่ง ทำให้การตอบสนองของผู้รับบริการไม่ทั่วถึง ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากการสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการ งานผู้ป่วยนอก (OP Voice) 2 ครั้งที่ผ่านมา เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 79.3 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2562 มีระดับความพึงพอใจร้อยละ 69.3 โดยความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นเรื่อง ระยะเวลาที่มารับบริการตรวจตั้งแต่ยื่นบัตรจนถึงได้รับยากลับบ้านอยู่ในระดับน้อย ระยะเวลารอคอยต่ำสุดนานสามชั่วโมงสี่สิบห้า นาที สูงสุดนานประมาณห้าชั่วโมงสามสิบนาที

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีหลายสถาบันที่นำเครื่องมือของไคเซ็นมาพัฒนาคุณภาพการบริการ แนวคิดเป็นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยรักษาวิธีการทำงานแบบเดิมที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานทุกคน ซึ่งส่งผลให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน มีการทำงานเป็นทีม ทำให้บุคลากรมีประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กรเพิ่มขึ้น หน่วยงานจึงพัฒนาแนว

ปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช โดยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดเครื่องมือของไคเซ็น (Kaizen) 5W 1H และนำมาใช้กับผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ตรวจโรคทั่วไป ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ดังนั้น เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลของแนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชว่าบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดบ้างที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งผลจากการวิจัยจะนำไปปรับปรุงคุณภาพบริการสำหรับผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ใช้ระยะเวลารอคอยบริการน้อยกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติ
2. หลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบก่อนและหลัง (pre-post quasi-experimental research)

เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 มิถุนายน 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไป โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 มิถุนายน 2564 โดยได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย และ กลุ่มผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย

ขนาดตัวอย่าง กำหนดค่ากำลังทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า effect size เท่ากับ 0.56 (ขนาดกลาง) อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1- β) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05 นำมาเข้า G* program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 40 ถึง 70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถรับรู้ มองเห็น รับฟังสื่อสารตามปกติได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือ และสามารถตามนัดครบ 2 ครั้ง

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยยุติการเข้าร่วมวิจัย 2) พบภาวะแทรกซ้อนในขณะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดเครื่องมือของไคเซ็น (Kaizen) มีกิจกรรมดังนี้

จัด Morning talk ทุกวันประมาณ 15 นาที เพื่อรับทราบจำนวนแพทย์ที่ออกตรวจ และจำนวนผู้ป่วยที่สามารถรับเพิ่มได้อีกกี่ราย

(นัดหมายผู้ป่วยจำแนกตามรายโรค โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง มารับบริการเวลา 06.00 น. และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง/ภาวะไขมันในเลือดสูง มารับบริการในช่วงเวลา 09.00- 10.00 น.)

จุดบริการที่ 1 เริ่มเมื่อรับบัตรคิวจากผู้ป่วย ไปเจาะเลือดและกลับมารอการคัดกรอง

กิจกรรม

1. จัดจุดรับบัตรคิวไว้ตั้งแต่เวลา 05.30 น.
2. ประสานงานกับห้องพยาบาลในการเริ่มเจาะเลือดในเวรตึก ตั้งแต่เวลา 06.00 น.
3. กำหนดการคัดกรองเริ่มเวลา 07.00 น.

จุดบริการที่ 2 เริ่มคัดกรอง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ จนถึงรอซักประวัติจากพยาบาล

กิจกรรม

1. เริ่มคัดกรอง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก เวลา 07.00 น.
2. หลังคัดกรอง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก เริ่มส่งพบพยาบาลเวลา 08.00 น.

จุดบริการที่ 3 เริ่มจากพยาบาลซักประวัติ รอผลเลือด จนถึงรอเรียกเข้าตรวจ

เริ่มทำการซักประวัติ เวลา 08.00 น. พยาบาลชี้แจงขั้นตอนก่อนพบแพทย์ เช่น รอผลเลือด เอกซเรย์ และกำหนดเวลารอคอยเพื่อพบแพทย์ ไม่เกิน 30 นาที หลังจากผลการตรวจต่างๆ ออก กำหนดเวลาแพทย์เริ่มตรวจเวลา 09.00 น. เมื่อแพทย์ออกตรวจล่าช้า 15 นาที ให้โทรศัพท์ ตามตั้งแต่วันที่ 9.15 น. และ 13.30 น.

ระหว่างรอตรวจมีการให้ความรู้ สุขศึกษาเปิดวิดีโอให้ความรู้

จุดบริการที่ 4 เริ่มออกจากห้องตรวจ รับคำแนะนำพร้อมใบนัด ไปรับยาที่ห้องยา

จุดบริการที่ 5 เริ่มจากรับยาจากห้องยา แล้วจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกระยะเวลา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเติมค่า เพื่อบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้ใช้บริการในแต่ละจุดบริการ ประกอบด้วยข้อมูลคิวบริการ เลขที่ผู้ป่วยนอก วันที่ เวลาเก็บข้อมูล การบันทึกเวลาในจุดบริการแต่ละจุด คือ

จุดบริการที่ 1 ระยะเวลารอคอยบัตรคิว ตรวจทางห้องปฏิบัติการและกลับมารอการคัดกรอง

จุดบริการที่ 2 ระยะเวลารอคอยการคัดกรอง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ จนถึงรอซักประวัติจากพยาบาล

จุดบริการที่ 3 ระยะเวลารอคอยพยาบาลซักประวัติ รอผลเลือด จนถึงเรียกเข้าตรวจ

จุดบริการที่ 4 ระยะเวลารอคอยหลังออกจากห้องตรวจ รับคำแนะนำ ไปรับยาที่ห้องยา

จุดบริการที่ 5 ระยะเวลารอคอยรับยา จนถึงรับใบนัดที่พยาบาล

2.2 นาฬิกา ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลารอคอยการรับบริการ จับเวลาประจำจุดบริการ จำนวน 5 เรือน ซึ่งผ่านการตรวจสอบเวลากับเวลามาตรฐานประเทศไทยทุกวัน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านกระบวนการ ขั้นตอนในการให้บริการ มีจำนวน 8 ข้อ

2. ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร มีจำนวน 6 ข้อ

3. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีจำนวน 7 ข้อ

4. ด้านผลการให้บริการรักษา มีจำนวน 3 ข้อ

โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วน 5 อันดับ (Rating scale) กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนโดย 5 หมายถึง ความพึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง ความพึงพอใจมาก 3 หมายถึง ความพึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง ความพึงพอใจน้อย 1 หมายถึง ความพึงพอใจน้อยที่สุด การประเมินระดับคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เป็นคำถามปลายเปิด

การสร้างและหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัย นำแบบบันทึกระยะเวลา แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.79 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83

ขั้นตอนการดำเนินการและเก็บข้อมูล

1. ขั้นตอนการทดลอง ประกอบด้วย เตรียมเครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ แบบปฏิบัติลด

ระยะเวลารอคอย แบบบันทึกข้อมูล เตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการทำวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการวิจัยเพื่อให้เข้าใจตรงกัน และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีทักษะในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง และระยะทดลอง

2.1 ระยะก่อนการทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองจำนวน 1 ครั้ง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2564 จำนวน 50 คน

2.2 ระยะทดลอง ดำเนินการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 31 มิถุนายน 2564 จำนวน 50 คน ตามแนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย โดยดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย เป็นเวลา 1 วัน และดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลและนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังการแนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย

การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ สิทธิการรักษา ระดับการศึกษา อาชีพ ใช้สถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยของผู้รับบริการ ความพึงพอใจก่อนและหลังการแนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทดสอบการกระจายของข้อมูลแล้วพบว่าเป็นโค้งปกติใช้ independent t-test

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกตรวจโรคทั่วไป
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n=50)	หลังใช้แนวปฏิบัติ (n=50)	p-value
เพศ			
ชาย	29 (58)	27 (54)	0.42
หญิง	21 (42)	23 (46)	
อายุ	61.3 ± 10.09, min 48, max 73	62.4 ± 9.18, min 46, max 75	0.67 ^t
สิทธิการรักษา			
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	29 (58)	28 (56)	0.53
เบิกสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12 (24)	14 (28)	
ประกันสังคม	9 (18)	8 (16)	
ระดับการศึกษา			
ชั้นประถมศึกษา	21 (42)	24 (48)	0.31
ชั้นมัธยมศึกษา	15 (30)	13 (26)	
ชั้นอนุปริญญา	12 (24)	10 (20)	
ปริญญาตรี	2 (4)	3 (6)	
อาชีพ			
รับจ้าง	27 (54)	23 (46)	0.24
เกษตรกร/ค้าขาย	19 (38)	21 (42)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (8)	6 (12)	
การวินิจฉัยโรค			
โรคเบาหวาน	34 (68)	36 (72)	0.34
โรคความดันโลหิตสูง	32 (64)	35 (70)	0.68
โรคไขมันในเลือดสูง	36 (72)	32 (64)	0.41
โรคหัวใจและหลอดเลือด	12 (24)	15 (30)	0.39
โรคถุงลมโป่งพอง	9 (18)	7 (16)	0.37

^t independent t-test

จากตารางที่ 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 29 คน (ร้อยละ 58) มีอายุเฉลี่ย 61.3 ปี สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 29 คน (ร้อยละ 58) จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 21 คน (ร้อยละ 42) ประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างจำนวน 27 คน (ร้อยละ 54) ส่วนใหญ่วินิจฉัยโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 72) รองลงมาโรคเบาหวานจำนวน 34 คน (ร้อยละ 68)

หลังใช้แนวปฏิบัติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 27 คน (ร้อยละ 54) มีอายุเฉลี่ย 62.4 ปี สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 28 คน (ร้อยละ 56) จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 24 คน (ร้อยละ 48) ประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างจำนวน 23 คน (ร้อยละ 46) ส่วนใหญ่วินิจฉัยโรคโรคเบาหวานจำนวน 36 คน (ร้อยละ 72) รองลงมาโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 70) ซึ่งทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยบริการก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย

ระยะเวลารอคอยบริการ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		t-test
(นาที)	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
1. ระยะเวลารอคอยบัตรคิว ตรวจทางห้องปฏิบัติการและกลับมารอการคัดกรอง	145	8.13	100.4	2.62	14.92*
2. ระยะเวลารอคอยการคัดกรอง วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ จนถึงรอ ชักประวัติจากพยาบาล	147	6.47	110.6	3.04	13.67*
3. ระยะเวลารอคอยพยาบาลซักประวัติ รอผลเลือด จนถึงเรียกเข้าตรวจ	116	5.71	95.5	4.2	18.84*
4. ระยะเวลารอคอยหลังจากออกจากห้องตรวจ รับคำแนะนำ ไปรับยาที่ห้องยา	28	6.52	15.8	5.52	12.94*
5. ระยะเวลารอคอยรับยา จนถึงรับใบนัดที่พยาบาล	37	5.62	20.7	6.32	13.02*
รวม	437	6.84	343	5.49	14.42*

*p<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยค่าเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอย

ความพึงพอใจ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ		หลังใช้แนวปฏิบัติ		t-test
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	
ด้านกระบวนการ ขั้นตอนในการให้บริการ	2.28	0.42	3.68	0.27	-8.97*
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร	3.31	0.48	4.43	0.34	-7.84*
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.21	0.64	4.02	0.31	-8.43*
ด้านผลการให้บริการรักษา	3.45	0.32	4.49	0.42	-8.82*
รวม	3.06	0.53	4.15	0.37	-8.94*

*p<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย เป็นไปตามสมมุติฐาน หลังการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระยะเวลารอคอยบริการลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วย

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าแนวปฏิบัติลดระยะเวลารอคอยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น อาศัยหลักการลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นและรวมไว้ ณ จุดเดียวกัน ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดระยะเวลาประกันที่สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งปรับเวลาเพื่อสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยการใช้เวลาแพทย์ตรวจของแพทย์ ซึ่งในการพัฒนามีการกระจายปริมาณผู้รับบริการไปในเวลาที่ต่างกัน โดยใช้การนัดหมายที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นไปตามความต้องการมุมมอง และความคาดหวังของผู้ป่วย จึงสามารถลด

ระยะเวลารอคอยการรับบริการของผู้ป่วยได้สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทเลีย วสุธาดา (2560) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี โดยรูปแบบอยู่บนพื้นฐานของหลักการสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2) การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ผู้รับบริการทุกคน โดยใช้หลายช่องทาง ทั้งจากการให้ข้อมูลของบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้อง และจากการแสดงข้อมูลบนบอร์ดประชาสัมพันธ์ และ 3) การกำหนดระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และสามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ และคณะ (2557) ที่ศึกษาผลการพัฒนาระบบการนัดผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา ห้องตรวจกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าการพัฒนาระบบการนัดผู้ป่วย เป็นช่วงเวลา ช่วยลดระยะเวลารอพบแพทย์ได้อย่างมาก จากเดิมเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 8 นาที 30 วินาที เป็น 1 ชั่วโมง 26 นาที 30 วินาที และหากผู้ป่วยมารับบริการตามเวลานัด จะใช้ระยะเวลารอพบแพทย์เฉลี่ยเพียง 32 นาที

ด้านความพึงพอใจ คณะแผนกเฉลี่ยความพึงพอใจสูงขึ้นภายหลังใช้แนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยใช้ระยะเวลารอคอยการรับบริการน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด ช่วงที่รอการตรวจจากแพทย์มีการชมสื่อวิดีโอ ทำ

ให้ไม่เกิดความรู้สึกว่ารอานานจากการเบี่ยงเบนความสนใจ ในรายที่ผู้ป่วยแพทย์นัดครั้งต่อไปให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการเลือกวันและเวลานัดได้ด้วย เพื่อเอื้อต่อการเดินทางมารับบริการ ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ ขั้นตอนในการให้บริการ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านผลการให้บริการรักษา สอดคล้องกับ ดวงกมล สายเทพ และพนิดา ดามาพงศ์ (2550) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดบริการตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการ และระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองสมุทรปุเจ้าสมิงพราย พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการสูงขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดบริการตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำแนวปฏิบัติที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการสำหรับผู้รับบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยบริการ และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ และสามารถขยายผลไปใช้ในหน่วยงานพิเศษต่างๆ ในแผนกผู้ป่วยนอก

2. ควรมีการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการลดระยะ ขั้นตอนการให้บริการแก่ผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ โปสมบุรณ์, และปราณี อ่อนศรี. (2558). การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ของผู้ใช้บริการที่มีต่อการให้บริการของหน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 30-32.
- คัทเลีย วสุธาดา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 28(1), 80-89.
- ไชนับ ศุภศิริ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2560). ผลของรูปแบบบริการผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานต่อระยะเวลารอคอย และความพึงพอใจในบริการ. วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก, 28(1), 44-60.
- ดวงกมล สายเทพ และพนิดา ดามาพงศ์. (2550). ผลของการใช้โปรแกรมการจัดบริการตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อความพึงพอใจในบริการของผู้รับบริการ และระยะเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเมืองสมุทรปุเจ้าสมิงพราย. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 1(2), 76-91.

- นินสา ภู่อารณ. (2550). พฤติกรรมและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อโรงพยาบาลอ่างทอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).
ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูเอสดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุวีริยาสาส์น.
- ปารดา บัณฑิตนิพนธ์. (2555). โคเซ็นกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์. วารสารนักบริหาร, 32(1), 138-143.
- พิมพ์ขวัญ บุญล้อม. (2557). ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า อำเภอฟาน
ทอง จังหวัดชลบุรี (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: มหาวิทยาลัย ราชพฤกษ์.
- ลักณา ฤกษ์ศุภผล. (2554). ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อคลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 18(3), 145-159.
- วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ, และคณะ. (2557). ผลการพัฒนาระบบการนัดผู้ป่วยเป็นช่วงเวลา ห้องตรวจ OPD ห้องตรวจเบอร์ 10 ด้วย
ระบบบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง
สมรรถนะของพยาบาล: พลัแห่งการเปลี่ยนแปลงเพื่อผลลัพธ์ที่เป็นเลิศ. หน้า 439-451. วันที่ 16-17 ตุลาคม 2557 ณ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรนันท์ อนุชน. (2556). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระ
มงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(3), 160-161.
- Bielen, F., & Demoulin, N. (2007). Waiting time influence on the satisfaction-loyalty relationship in services.
Managing Service Quality, 17(2), 174-193.
- Dansky, K. H., & Miles, J. (1997). Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: Waiting time and filling
time. Hospital & Health Services Administration, 42(2), 165-177.