



โรงพยาบาลกำแพงเพชร

# วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๒ เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม ๒๕๖๗



Kamphaeng Phet Hospital Journal  
Vol. 28 no.2 July - December 2024  
ISSN 0858 - 5180

วารสาร  
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

# คณะผู้จัดทำ

## เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## ประธานที่ปรึกษา

นพ.สุรัชย์ แก้วหิรัญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## คณะที่ปรึกษา

นพ.อัศรพงศ์ จุฑากรณ์

พว.เพ็ญกมล กุลสุ

นพ.สมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์

นพ.ไพฑูรย์ อ่อนเกตุ

นางกฤษณา บำรุงศรี

รองผู้อำนวยการด้านบริการตติยภูมิและตติยภูมิ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองผู้อำนวยการด้านบริการด้านปฐมภูมิ

รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

## บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

## รองบรรณาธิการ

พว.ยุคลธร จิตรเกื้อกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

## กองบรรณาธิการ

พญ.ดร.ณิ พุทธาริ

พญ.สมสุดา ยาอินทร์

พว.กาญจนา รามสูต

พว.จิราพร มณีพราย

นายประโยชน์ เข็มนาจิตร

พว.พนทะนันท์ วงศ์แสนสี

ภก.นฤมล มหาชัย

หัวหน้าฝ่ายวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เภสัชกรชำนาญการ

## ฝ่ายศิลปกรรม

นางทิพวรรณ นิลคล้าย

นางสาวอุษา หงษ์ยนต์

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน

## ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวอาภากร เอ็มโธ

นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร

นางสาวรัชติกา สแสงเมธ

บรรณารักษ์ปฏิบัติการ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

พนักงานห้องสมุด

## การส่งต้นฉบับ

คุณอาภากร เอ็มโธ

งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000

e-mail : kphlibrary@gmail.com โทรศัพท์. (055) 022000 - 29 ต่อ 1403

## กำหนดออกวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกภายใน 30 ธันวาคม)

## **บรรณาธิการแถลง**

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับความสนใจจาก  
ผู้นิพนธ์ในสาขาต่าง ๆ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ทั้งจากแพทย์  
พยาบาลวิชาชีพ และสหสาขาวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ซึ่งเป็นผลงานที่  
แสดงถึงความรู้ ความสามารถในการประเมินขึ้นระดับชำนาญการพิเศษ  
ซึ่งวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรฉบับนี้ เป็นปีที่ 28 ฉบับที่ 2  
เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2567 เป็นฉบับที่มีบทความวิชาการจาก  
หลากหลายวิชาชีพ หลายองค์กร ซึ่งกองบรรณาธิการมีความยินดียิ่งที่มี  
ผู้สนใจนำบทความวิชาการมาลงเผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ในการนี้ ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ส่งผลงานที่  
ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ  
ทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการตรวจประเมินผลงาน เพื่อให้วารสาร  
มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และหวังเป็นอย่างว่าจะมีประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่าน  
ในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำผลงานวิชาการ และ  
การปฏิบัติงานต่อไป

**บรรณาธิการ**

**วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร**



## บรรณาธิการแถลง

- ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับมีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับเมื่อตรวจพบโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย =  
Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation mimicking hepatic tumor on diagnostic  
imaging appearance / นนทวัฒน์ เจตน์ประยูรศักดิ์ \_\_\_\_\_ 1
- ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง  
จังหวัดกำแพงเพชร = Outcomes of continuing palliative care at home in the Network of  
Primary care unit of Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province / ธนฤต ดงบัง \_\_\_\_\_ 11
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง  
แบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร / Developing a system  
for caring for psychiatric and drug patients at high risk of participating in violence of family  
and community Bueng Samakkhi District Kamphaeng Phet Province / วิศรุต โมราสุข \_\_\_\_\_ 22
- การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา = Nursing Care in  
Congenital Pneumonia of Newborn : A Case Study / เสาวรส รุ่งพิทยานนท์ \_\_\_\_\_ 34
- การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา =  
Nursing care of Peptic Ulcer Perforation with Septic shock : A case study /  
วาสนา ลำเพยพล \_\_\_\_\_ 44
- ผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช  
โรงพยาบาลกำแพงเพชร = The Usage of Coping Card in Depressive Patients with  
Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatient Setting of Kamphaeng Phet Hospital /  
กัลยรัตน์ จงพิทักษ์รัตน์ \_\_\_\_\_ 57
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา = Nursing care of Chronic Obstructive  
Pulmonary Disease patient : A case study / พิมพ์ พุทธิรักษา \_\_\_\_\_ 68
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกง่ายในการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง  
ผ่านทางหลอดอาหาร : กรณีศึกษา = Nursing care for the patients at high risk of bleeding  
undergoing transesophageal echocardiography : A case study / ลัดดา เรืองเขตรการ \_\_\_\_\_ 80
- การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง : กรณีศึกษา 2 ราย = Nursing care of schizophrenia  
patients with paranoid type : Two case studies / อุไรวรรณ พุ่มจันทร์ \_\_\_\_\_ 92

- การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก : กรณีศึกษา = Nursing care for elderly who underwent closed reduction with internal fixation : A case study / พรรณทิพา รัตนวิเนต \_\_\_\_\_ 104
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง : กรณีศึกษาผู้ป่วยนอก = Nursing care for Lupus nephritis : case study in outpatient department / พิมพ์ ศรีเมือง \_\_\_\_\_ 116
- การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษา = Nursing care for uncontrolled diabetes mellitus patients : A case study / จรรยา รักพ่วง \_\_\_\_\_ 127
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลลำปาง = Factors Affecting the Cost-Effectiveness of Medical Equipment at Lampang Hospital / บุญยรัตน์ ศรีอวชันการ \_\_\_\_\_ 139
- การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการผ่าตัด: กรณีศึกษา = Nursing for infection prevention and control in pulmonary tuberculosis patients undergoing surgery : A case study / ทศนีย์ นวลคำ \_\_\_\_\_ 151
- ประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในสตรีตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test โรงพยาบาลกำแพงเพชร = Efficacy of Quadruple test for Down Syndrome Screening in Pregnancy at Kamphaeng Phet Hospital / ณัฐริดา เมฆวงศ์ตระกูล \_\_\_\_\_ 162

### คำแนะนำผู้พิมพ์



## Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation mimicking hepatic tumor on diagnostic imaging appearance

Nonthawat Chetprayuk, M.D.\*

### Abstract

**Introduction :** Feeding total parenteral nutrition (TPN) via umbilical catheterization in newborns is a common procedure in neonatal intensive care unit (NICU). Malposition of umbilical catheterization can lead to complications including intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation which can mimic hepatic tumor on diagnostic imaging appearance.

**Objectives :** To review the imaging appearance and discuss the cases of an intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation in patient which is suspected malposition of umbilical catheterization.

**Case study :** Retrospective case review of three newborn patients who were treated at Sawanpracharak hospital between August 2021 and December 2021. They received total parenteral nutrition (TPN) via umbilical catheterization, after that they developed abnormal liver function tests. A hyperechoic mass in the liver was detected on ultrasonography. Further CT study and MRI study revealed that this lesion shows no contrast enhancement, contains hematoma and fat components. In addition, all of them had a history of malposition of umbilical catheterization detected on prior abdominal radiography. These imaging appearances and patient history leading to the diagnosis of an intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation. Conservative and supportive treatments were given. Serial follow up imaging studies show decreasing in size of the lesion.

**Conclusions :** The imaging appearances of an intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation mimic intra-hepatic tumor, especially ultrasonography which is common initial imaging modality for intra-hepatic lesion in neonate patient. Concerning this pathology will lead to appropriate and management, shorten the time for diagnosis and may decrease over-investigation, radiation exposure and contrast media exposure.

**Keywords :** Hepatic tumor. Diagnostic imaging, Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation, Malposition of umbilical catheterization.

\* Medical doctor, Professional level, Department of radiology, Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan.

## ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับมีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับ เมื่อตรวจพบโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย

นนทวัฒน์ เจตน์ประยูรต์, พ.บ. \*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือเป็นหัตถการที่พบบ่อย โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มีประโยชน์ในการให้ยา สารน้ำ สารอาหาร รวมไปถึงส่วนประกอบของเลือดแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตามการใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ รวมไปถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ซึ่งอาจพบลักษณะเหมือนเนื้องอกตับ เมื่อตรวจโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างในการวินิจฉัย การเลือกการตรวจรักษา และการแปลผลภาพถ่ายทางรังสีวิทยา

**กรณีศึกษา :** การศึกษานี้เป็นการทบทวนผู้ป่วยเด็กแรกเกิดของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ที่มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 จำนวน 3 ราย ซึ่งได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับผ่านสายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ หลังจากนั้นตรวจเลือดพบการทำงานของตับผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนสีขาวในตับ การส่งตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบ ไม่มี enhancement หรือมี enhancement น้อยมากเมื่อฉีดสารทึบรังสี สืบค้นประวัติอิเล็กทรอนิกส์ย้อนหลังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับสารอาหารผ่านทางสายสวนหลอดเลือดทางสะดือ ซึ่งอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม บ่งชี้ว่าก่อนที่พบในตับของผู้ป่วยทั้ง 3 รายนั้นมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดจากสารอาหารทางหลอดเลือดดำที่รั่วอยู่ในเนื้อตับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์และประคับประคอง เมื่อตรวจติดตามผลด้วยภาพทางรังสีวินิจฉัยพบก้อนในตับมีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ

**สรุป :** ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ มีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับได้ในภาพทางรังสีวินิจฉัย รวมถึงอัลตราซาวด์ ซึ่งมักจะเป็นการตรวจเริ่มแรกในผู้ป่วยเด็กที่สงสัยพยาธิสภาพในตับ การคำนึงถึงภาวะนี้โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเด็กทารกที่มีประวัติรับสารอาหารผ่านทางสายสวนสะดือในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนการรักษา ย่นระยะเวลาในการวินิจฉัย และลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการสัมผัสรังสีหรือสารทึบรังสีซ้ำซ้อนในอนาคต

**คำสำคัญ :** ก้อนในตับ รังสีวินิจฉัย ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือผิดตำแหน่ง

\* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์



## บทนำ

สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดือ (Umbilical vein catheterization หรือ UVC) เป็นหัตถการที่พบบ่อย โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มีประโยชน์ในการให้ยา สารน้ำ สารอาหาร รวมไปถึงส่วนประกอบของเลือดแก่ผู้ป่วย การใส่ UVC ทำได้โดยการใส่สายสวนผ่านหลอดเลือดดำทางสะดือ ตำแหน่งที่เหมาะสมของปลายของควอรอยู่ Inferior vena cava/right atrium junction หรือเหนือต่อระดับของกระบังลมเล็กน้อย<sup>1-3</sup>

อย่างไรก็ตามการใส่สายสวนหลอดเลือดดำทางสะดืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาได้ เช่น การติดเชื้อ ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และภาวะความดันในระบบพอร์ทอลสูงขึ้น (Portal hypertension)<sup>2</sup> ในผู้ป่วยที่ปลายสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสมแล้วมีการให้สารที่มีความเข้มข้นสูงผ่านทางสายรวมไปถึง Total parenteral nutrition (TPN) อาจทำให้มีภาวะสารน้ำรั่วออกผิดปกติ ส่งผลให้เกิดบวมที่ตับหรือในช่องท้องได้<sup>1-3</sup>

ผู้ป่วยที่มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับหรือในช่องท้อง ผู้ป่วยอาจมีอาการท้องอืด ตรวจร่างกายคลำพบตับโตและสงไสยน้ำในช่องท้อง (Ascites) ตรวจเลือดพบระดับเม็ดเลือดขาวขึ้นสูง ระดับเกล็ดเลือดต่ำลง ค่าการทำงานของตับ (Liver function test) ผิดปกติ<sup>14</sup> หากมีพยาธิสภาพในตับหรือน้ำช่องท้องแล้วจะตรวจจะพบลักษณะน้ำสีเหลืองขุ่นคล้าย TPN มีไขมันและโปรตีนเป็นส่วนประกอบหลัก<sup>5</sup>

ในส่วนของการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ อัลตราซาวด์จะพบลักษณะของก้อนในตับมีสีขาว<sup>4,6,9</sup> บางรายพบเป็นก้อนสีดำหรือถุงน้ำที่มีขอบหนาและเยื่ออยู่ข้างในได้ นอกจากนี้บางรายพบน้ำในช่องท้องร่วมด้วย<sup>4-9</sup> การส่งตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจะพบว่าก้อนในตับมีไขมัน และเลือดเป็นส่วนประกอบ ไม่มี enhancement หรือมี enhancement น้อยมากเมื่อฉีดสารทึบรังสี และมีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ เมื่อตรวจติดตามด้วยภาพทางรังสีวินิจฉัย

อัลตราซาวด์มีบทบาทสำคัญและมักจะเป็นการส่งตรวจเริ่มแรกในผู้ป่วยเด็กที่สงสัยพยาธิสภาพในตับ ทั้งในแง่การคัดกรองโรค และการวินิจฉัย เนื่องจากการตรวจที่ปลอดภัยรังสีเอกซเรย์และสารทึบรังสี อีกทั้งมีความเหมาะสมสำหรับใช้ในหอผู้ป่วย (Portable ultrasonography) โดยลักษณะของภาพที่พบจากอัลตราซาวด์ของภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับที่กล่าวข้างต้นนั้นมีความคล้ายคลึงกับก้อนเนื้องอกในตับของเด็กบางชนิด เช่น hepatic hemangioma, hemangioendothelioma, hepatoblastoma, hamartoma, และ hepatocellular carcinoma เป็นต้น<sup>10-11</sup>

ดังนั้นการศึกษารังสีวิทยาของผู้ป่วยทั้ง 3 ราย จึงเป็นการศึกษาที่มีความสำคัญกับรังสีแพทย์ กุมารแพทย์รวมถึงแพทย์ทั่วไป เพื่อเพิ่มการคำนึงถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ในผู้ป่วยที่พบก้อนในตับจากการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัยโดยเฉพาะอัลตราซาวด์ที่มีลักษณะดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับผู้ป่วยเด็กทารกที่มีประวัติรับสารอาหารผ่านทางสายสวนสะดือผิดตำแหน่ง และมีลักษณะทางคลินิกที่เข้ากันได้ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษา ย่นระยะเวลาการวินิจฉัยและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยในการสัมผัสรังสีหรือสารทึบรังสีซ้ำซ้อนในอนาคต

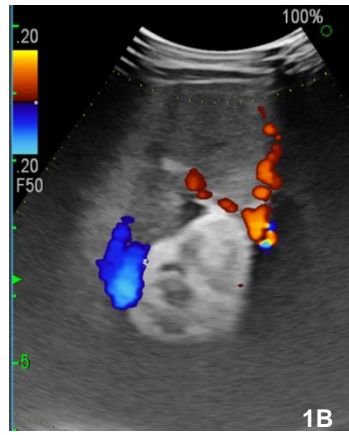
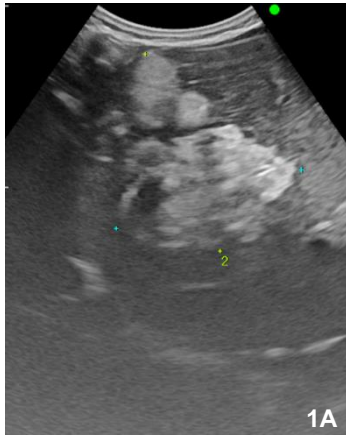
## กรณีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทบทวนผู้ป่วยที่มีสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับในเด็กแรกเกิด ที่ทำการส่งตรวจรังสีวินิจฉัยแล้วพบลักษณะรอยโรคเหมือนเนื้องอกตับของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564 ทั้งหมด 3 ราย

### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดขั้นรุนแรง (Severe birth asphyxia) ภาวะสมองทำงานผิดปกติเนื่องจากการขาดออกซิเจน (Hypoxic ischemia encephalopathy) และโรคปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated Pneumonia, VAP) ผู้ป่วยรายนี้ได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ (AST 294 ALT 254 ALP 491 TB 14.2 DB 13.1)

ตรวจอัลตราซาวด์ในหอผู้ป่วยเบื้องต้น (Portable ultrasonography) พบก้อนในตับ จึงทำการส่งตรวจอัลตราซาวด์ที่แผนกรังสีวินิจฉัยพบ Heterogeneous hyperechoic mass ที่ Hepatic segment 4 ไม่พบ Internal vascularity สงสัยว่าเป็นเนื้องอกตับ เช่น hepatic hemangioma, hemangioblastoma, หรือ hepatoblastoma.



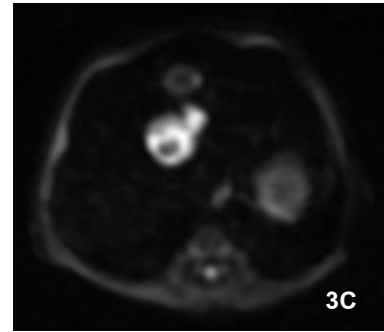
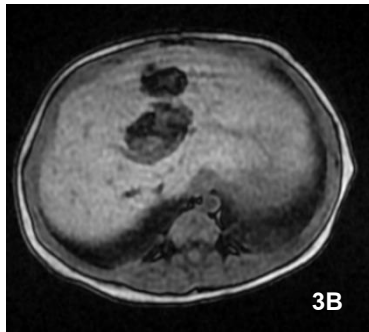
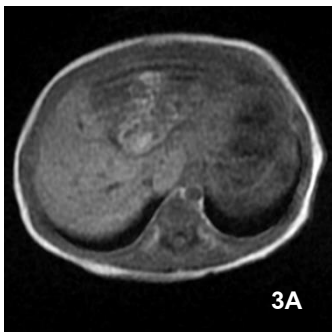
รูปที่ 1 Ultrasonography: Heterogeneous hyperechoic mass in hepatic segment 4 (1A) with absent internal vascularity (1B)

ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ Well-defined fat-containing heterogeneous hypodense mass with non-to-slightly enhancement สงสัยก้อนเนื้องอกในตับที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น hepatic lipoma, hepatic adenoma และ hepatic angiomyolipoma.

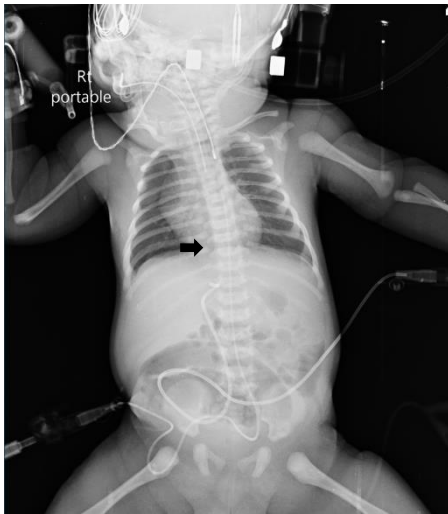


รูปที่ 2 CT abdomen: Well-defined fat-containing (-41 HU) heterogeneous hypodense mass with non-to-slightly enhancement.

หลังจากนั้นได้ส่งตรวจเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบ Lobulated mass showing hyperintensity on in-phase T1W, signal drop on opposed-phase T1W, hyperintense on T2W and fat-suppression T2W, restricted diffusion on DWI with no obvious enhancement สงสัย mixed microscopic fat-component and acute to early subacute hemorrhage แต่ไม่ค่อย typical กับ fat-containing hepatic tumor.



รูปที่ 3 MRI abdomen: Lobulated intra-hepatic mass showing hyperintensity on in-phase T1W (3A), signal drop on opposed-phase T1W (3B) and restricted diffusion on DWI (3C).



เนื่องจากผู้ป่วยได้รับ TPN ผ่านทางสาย UVC จึงทำการทบทวนดู Chest include abdomen radiograph หลังจากการใส่สาย UVC ขณะผู้ป่วยอายุ 2 วัน พบว่า ปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม โดยอยู่ใต้เงาของกระบังลม ลงมาประมาณ 2.0 เซนติเมตร เมื่อพิจารณาพร้อมกับลักษณะที่ปรากฏในตรวจ อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าดังกล่าว ข้างต้น จึงคิดถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment และ supportive treatment.

**รูปที่ 4** Chest include abdomen radiograph: UVC tip is about 2.0-cm below the diaphragm (Arrow)

### การวินิจฉัยโรค

ได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ (Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation) และได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

### สรุปกรณีศึกษา

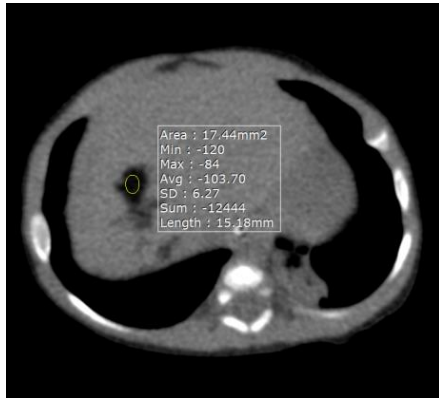
ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิดมีประวัติได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ จึงทำการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย อัลตราซาวด์พบ Heterogeneous hyperechoic mass ที่ Hepatic segment 4 โดยไม่พบ Internal vascularity เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบในก้อน ไม่มี enhancement ร่วมกับการทบทวนย้อนหลังดู Abdominal radiograph หลังจากการใส่สาย UVC พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม วินิจฉัยว่าสงสัยภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

### ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ 5 วัน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-associated Pneumonia, VAP) และติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยรายนี้ได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 3 วัน หลังจากนั้นประมาณ 1 สัปดาห์ พบ Liver function test ผิดปกติ (AST 578 ALT 957 ALP 386 TB 6.99 DB 3.72)

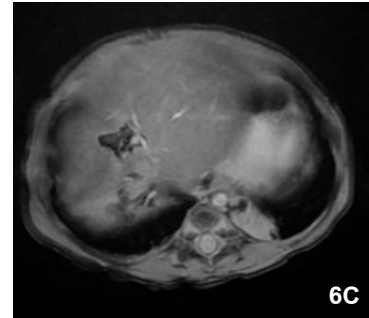
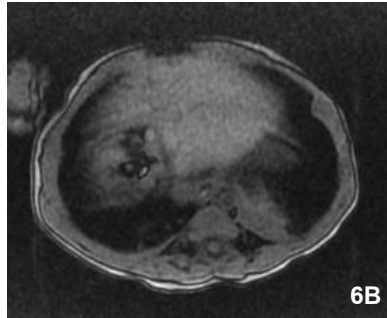
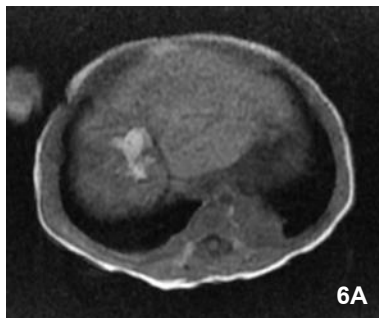
ได้รับการส่งตรวจ Portable ultrasonography โดยรังสีแพทย์ขึ้นทำที่หอผู้ป่วยบันทึกว่าพบ Heterogeneous hyperechoic lesions in the liver and ascites สงสัย Intra-hepatic fluid collection หรือ liver abscess ทำการตรวจติดตามโดย Portable ultrasonography พบมีขนาดเล็กลง กุมารต๋ยแพทย์เจาะน้ำในช่องท้องพบน้ำสีเหลืองขุ่น ประมาณ 50 มิลลิลิตร ลักษณะคล้าย TPN ตรวจพบไขมัน โปรตีนและกลูโคสเล็กน้อย ไม่พบ leukocyte

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์พบ Multiple fat containing lesions in hepatic segment 7 and 8 และ Hepatomegaly



รูปที่ 5 CT abdomen: Fat containing lesion (-103 HU) with absent enhancement in hepatic segment 7 and segment 8.

จากนั้นได้ส่งตรวจเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบ Lobulated mass showing hyperintensity on in-phase T1W, signal drop on opposed-phase T1W, hyperintense on T2W and fat-suppression T2W, restricted diffusion on DWI, hypointense on T2\*- weighted GRE with no obvious enhancement สงสัย mixed microscopic fat-component and subacute hemorrhage.



รูปที่ 6 MRI abdomen: Lobulated intra-hepatic mass showing hyperintensity on in-phase T1W (6A), signal drop on opposed-phase T1W (6B) and hypointense on T2\*-weighted GRE (6C).

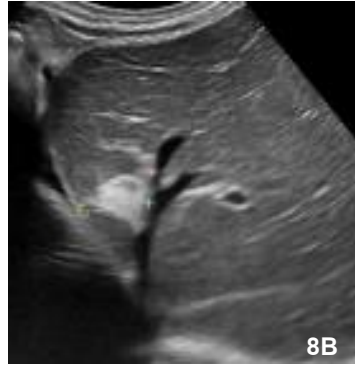
ทำการทบทวนดู Chest include abdomen radiograph หลังจากการใส่สาย UVC ขณะผู้ป่วยอายุ 1-2 วัน พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม โดยอยู่ใต้เงาของกระบังลมลงมาประมาณ 1.0 เซนติเมตร



รูปที่ 7 Chest include abdomen radiograph: Post-UVC placement, its tip is about 1.0 cm below the diaphragm (Arrow)

เมื่อพิจารณาพร้อมกับลักษณะที่ปรากฏในตรวจอัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ดังกล่าวข้างต้น จึงคิดถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์อีก 2 ครั้ง พบ Heterogeneous hyperechoic lesion in hepatic segment 7 ที่มีขนาดเล็กลงเรื่อยๆ



รูปที่ 8 Ultrasonography: Decreased size of heterogeneous hyperechoic mass in hepatic segment 7, 2.3x1.7 cm on 04-Jan-2022 (8A) to 1.4x0.9-cm on 09-Jul-2022 (8B).

### การวินิจฉัยโรค

ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ (Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation) และได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment.

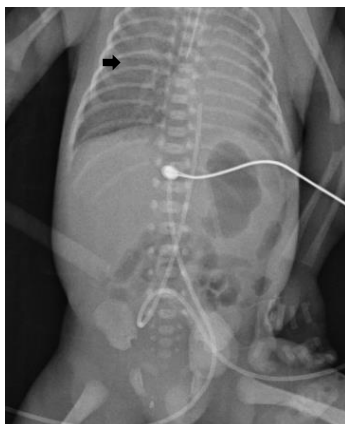
### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด มีประวัติได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ จึงทำการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย อัลตราซาวด์พบ Heterogeneous hyperechoic lesion in the liver เอกซเรย์คอมพิวเตอร์และเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบในก้อน ไม่มี enhancement ร่วมกับการทบทวนย้อนหลังดู Abdominal radiograph หลังจากการใส่สาย UVC พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม วินิจฉัยว่าสงสัยภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment หลังจากนั้นตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์อีก 2 ครั้งพบ Heterogeneous hyperechoic lesion in hepatic segment 7 ที่มีขนาดเล็กลง

### ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด คลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์ 25 สัปดาห์ 4 วัน ได้รับการวินิจฉัยเป็น Moderate birth asphyxia, severe respiratory distress syndrome and congenital pneumonia ผู้ป่วยรายนี้ได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน หลังจากนั้นประมาณ 2 เดือน พบ Liver function test ผิดปกติ (AST 170 ALT 172 ALP 683 TB 6.3 DB 6.0)

ทำการทบทวนดู Chest include abdomen radiograph หลังจากการใส่สาย UVC ขณะผู้ป่วยอายุ 2 วัน พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม โดยอยู่ใต้เงาของกระบังลมลงมาประมาณ 1.5 เซนติเมตร

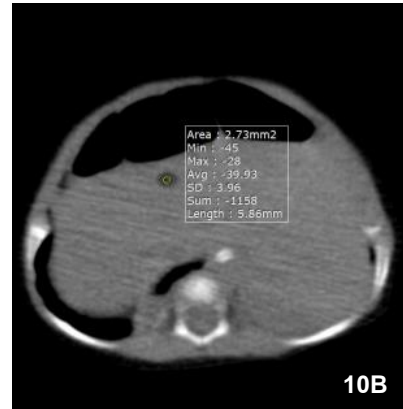
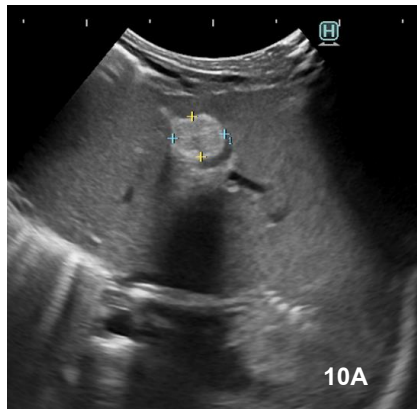


รูปที่ 9 Chest include abdomen radiograph :

UVC tip is about 1.5 cm below the diaphragm



อัลตราซาวด์ที่แผนรังสีวินิจฉัย พบ A 1.0 x 0.8 x 0.7 cm. well-defined heterogeneous hyperechoic mass หลังจากนั้นตรวจติดตามด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ A 0.6 x 0.5 x 0.6 cm. non-enhancing fat containing lesion



รูปที่ 10 Ultrasonography on 29-Oct-2021 : A 1.0 x 0.8 x 0.7 well-defined heterogeneous hyperechoic mass.  
CT abdomen on 11-Jan-2022 : A 0.6 x 0.5 x 0.6 cm non-enhancing fat containing lesion (8B).

### การวินิจฉัยโรค

ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ (Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation) และได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment

### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายแรกเกิด มีประวัติได้เริ่มรับ TPN ผ่านทางสาย UVC เมื่ออายุ 2 วัน หลังจากนั้นพบ Liver function test ผิดปกติ จึงทำการส่งตรวจทางรังสีวินิจฉัย อัลตราซาวด์พบ Well-defined heterogeneous hyperechoic mass in the liver ร่วมกับการทบทวนย้อนหลังดู Radiograph หลังจากการใส่สาย UVC พบว่าปลายของสายอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม วินิจฉัยว่าภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ ได้รับการรักษาแบบ Conservative treatment ตรวจติดตามด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่ามีไขมันเป็นส่วนประกอบในก้อน ไม่มี enhancement และก้อนมีขนาดเล็กลงเมื่อเทียบกับอัลตราซาวด์ครั้งก่อน

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ มีลักษณะเหมือนเนื้องอกตับ เมื่อตรวจพบโดยภาพทางรังสีวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็กแรกเกิด จำนวน 3 ราย พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า<sup>1, 4-9</sup> ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำผ่านทางสะดือ ในขณะที่ปลายของสายอยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสม ซึ่งอยู่ต่ำกว่าระดับงาของกระดูกซี่โครง อาการของผู้ป่วยมาด้วยท้องอืดโตขึ้นหรือคลำพบตับโตได้ ทุกรายพบความผิดปกติของ Liver function test โดยพบ Increase AST, ALT, ALP, TB และ DB บางรายพบมี Leukocytosis ผู้ป่วยทุกรายได้รับการส่งอัลตราซาวด์พบเป็น Heterogeneous hyperechoic lesion ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุดในการศึกษาก่อนหน้า (อาจมีลักษณะปลีกย่อยแตกต่างกัน เช่น homogeneous hyperechoic, heterogeneous hyperechoic, hyperechoic lesion with hypoechoic rim เป็นต้น)<sup>4,6-9</sup> มีลักษณะที่แยกได้ยากจากก้อนเนื้องอกในตับของเด็กแรกเกิด<sup>10-11</sup> ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย จึงได้รับการส่งตรวจโดยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ/หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า ซึ่งพบว่ามีไขมันและก้อนเลือดเป็นส่วนประกอบ ไม่มี enhancement หรือมี enhancement น้อยมาก เมื่อฉีดสารทึบรังสี ลักษณะนอกจากนี้ที่พบได้รองลงมาคือ Complicated intra-hepatic fluid collection<sup>8</sup> ส่วนรอยโรคร่วมที่พบได้บ่อย คือน้ำในช่องท้อง และตับโต ผู้ป่วยรายที่ 2 ของกรณีศึกษานี้พบน้ำในช่องท้อง หลังจากนั้นได้ทำการเจาะตรวจเป็นน้ำสีเหลืองขุ่นคล้าย TPN<sup>5</sup> ส่งตรวจ Fluid profile พบไขมัน โปรตีนและกลูโคสเล็กน้อย ไม่พบ leukocyte<sup>4-5</sup> ผู้ป่วยทั้งหมดรักษาโดย Conservative treatment พบว่าพยาธิสภาพมีขนาดเล็กลง เมื่อตรวจติดตามผลโดยภาพทางรังสีวินิจฉัย

สิ่งหนึ่งที่เป็นข้อสังเกตของการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศ<sup>4,6-9</sup> คือ เมื่อผู้ป่วยมีหลักฐานที่สอดคล้องและบ่งชี้ว่า อาจเกิดจาก Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation กล่าวคือเป็นผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่ได้รับการให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำผ่านทางสะดือในขณะที่ปลายของสายอยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสม ตรวจพบพบความผิดปกติของ Liver function test ร่วมกับการส่งอัลตราซาวด์ พบลักษณะ Intra-hepatic hyperechoic lesion หรือ Complicated intra-hepatic fluid collection แล้วนั้น จะได้รับการวินิจฉัยว่ามีโอกาสสูงที่จะเป็น Intra-hepatic total parenteral nutrition extravasation<sup>1,4-9</sup> โดยไม่ได้ส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าต่อ การรักษาส่วนมากเป็น Conservative treatment ส่วนบางรายจะรักษาโดย Per-cutaneous drainage<sup>4-9</sup> ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งมีประวัติไม่ชัดเจน ยังสงสัยโรคอื่น โดยเฉพาะก่อนเนื้องอกของตับอยู่ รักษาแล้วอาการแย่ลง ตรวจติดตามด้วยอัลตราซาวด์แล้วก่อนมีขนาดเท่าเดิมหรือใหญ่ขึ้น จึงจะได้รับการส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

นอกจากนี้ควรตรวจสอบตำแหน่งปลายสายของ UVC ด้วย Plain film หลังจากทำการใส่สายหรือใส่แล้วแต่สงสัยว่า ตำแหน่งของสายจะคลาดเคลื่อน ก่อนที่จะทำหัตถการ เช่น การให้สารอาหาร สารน้ำ หรือยาผ่าน UVC เป็นต้น เพื่อป้องกัน และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ โดยตำแหน่งที่เหมาะสมของ ปลายสายของ UVC ควรอยู่ที่ Inferior vena cava/right atrium junction หรือเหนือต่อระดับของกระบังลมเล็กน้อย<sup>1-3</sup>

## สรุป

ภาวะสารอาหารทางหลอดเลือดดำรั่วในตับ สามารถพบลักษณะคล้ายเนื้องอกของตับได้จากภาพทางรังสีวินิจฉัย จำเป็นต้องตระหนักถึงภาวะนี้ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดที่ได้รับการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำผ่านทางสะดือในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม และควรใช้อัลตราซาวด์เป็นเครื่องมือหลักทั้งในการวินิจฉัยและการตรวจติดตามผล การส่งตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าควรเลือกใช้กับผู้ป่วยที่ประวัติไม่ชัดเจน ยังสงสัยก่อนเนื้องอกของตับอยู่ หรือมีอาการแย่ลง

## เอกสารอ้างอิง

1. Weber AL, Deluca S, Shannon DC. Normal and abnormal position of the umbilical artery and venous catheter on the roentgenogram and review of complications. American journal of roentgenology. 1974;120(2):361-7.
2. Oestreich AE. Umbilical vein catheterization—appropriate and inappropriate placement. Pediatric Radiology. 2010;40(12):1941-9.
3. Al-Dajani N, Osiovič H, Smyth J, Byrne A, Jamieson D, Kaczala G. Umbilical Venous Catheter Position: The Value of Acquiring a Lateral in Addition to a Frontal Chest Radiograph. Cureus. 2023;15(10):e46642.
4. Hagerott HE, Kulkarni S, Restrepo R, Reeves-Garcia J. Clinical-radiologic features and treatment of hepatic lesions caused by inadvertent infusion of parenteral nutrition in liver parenchyma due to malposition of umbilical vein catheters. Pediatric Radiology. 2014;44(7):810-5.
5. Hui JY, Lo KK, Lo J, Chan ML, Chan JC. Neonatal total parenteral nutrition ascites secondary to umbilical venous catheterization. J Hong Kong Coll Radiol. 2001;4(6):288-90
6. Yigiter M, Arda IS, Hiçsönmez A. Hepatic laceration because of malpositioning of the umbilical vein catheter: case report and literature review. J Pediatr Surg. 2008;43(5):E39-41
7. Ramaswamy VV, Rao GV, Suryanarayana N, Gummadapu S. Parenteral nutrition extravasation associated liver injury – a case series with varying clinical/radiological presentations. J Pediatr Neonatal Individualized Med. 2020;9(1):4-7.



8. Lim-Dunham JE, Vade A, Capitano HN, Muraskas J. Characteristic sonographic findings of hepatic erosion by umbilical vein catheters. J Ultrasound Med. 2007;26(5):661-6.
9. Spriggs DW, Brantley RE. Thoracic and abdominal extravasation: a complication of hyperalimentation in infants. AJR Am J Roentgenol. 1977 Mar;128(3):419-22.
10. Coley BD, Caffey JP. Caffey's pediatric diagnostic imaging Vol. 1. Philadelphia: Pa Elsevier Saunders; 2013.
11. Swischuk LE. Imaging of the newborn, infant, and young child. Philadelphia : Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.



## Outcomes of continuing palliative care at home in the Network of Primary care unit of Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province

Thanakrit Dongbang, M.D.\*

### Abstract

**Introduction :** Palliative care is holistic care that focuses on patients and families as the center to improve the quality of life for both patients and families. Patients receiving palliative care from Khlong Khlung Hospital tend to increase; therefore, there has been a development of a suitable model of continuing palliative care at home to fit the current situation.

**Objectives :** To compare the outcomes of patient care before and after receiving continuing palliative care at home from the Network of Primary Care Unit in Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province, and to evaluate family satisfaction after receiving the service.

**Methods :** This study was a quasi-experimental research. It examined patients and families who received palliative care at the Palliative Care Clinic of Khlong Khlung Hospital and then continued care at home within the Network of the Primary Care Unit in Khlong Khlung District from October 2023 to February 2024. A Purposive sampling of 70 individuals was selected. The research tools were personal data questionnaires, the Palliative Care Outcome Scale (POS), and the Family Satisfaction Questionnaire for palliative care (FAMCARE2).

**Results :** After receiving care according to the guidelines for continuing palliative care of patients at home, the mean POS score decreased from 20.73 (S.D. = 6.38) to 13.17 (S.D. = 3.64) with statistical significance. Family satisfaction (FAMCARE-2) had an average score of 4.23 (S.D. = 0.33), indicating a high level of satisfaction. Considering all 4 aspects: symptom management and comfort, patient care and information provision, management of distressing symptoms and side effects, and assistance and support for both patients and families, there was a high level of satisfaction in all aspects.

**Conclusion :** The utilization of continuing palliative care at home in the Network of Primary Care Unit of Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province, resulted in improved patient care outcomes and high family satisfaction.

**Keywords :** Palliative care, Home health care, Network of Primary Care Unit

---

\*Medical doctor, Professional level, Khlong Klung Hospital, Kamphaeng Phet Province

## ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร

ธนภฤต ดงบัง, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลคลองขลุงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้านให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร และประเมินความพึงพอใจครอบครัวหลังได้รับการ

**วิธีการศึกษา :** การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่คลินิก รักษารักษาโรงพยาบาลคลองขลุง และส่งกลับดูแลต่อเนืองที่บ้าน อยู่ในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale : POS) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE2)

**ผลการศึกษา :** หลังการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ค่าเฉลี่ยคะแนน POS ลดลงจาก 20.73 (S.D. =6.38 ) เป็น 13.17 (S.D. =3.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจของครอบครัว (FAMCARE-2) คะแนนเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.33) ระดับความพึงพอใจมาก พิจารณาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล ด้านอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ และด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว มีระดับความพึงพอใจมากทุกด้าน

**สรุป :** การใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ครอบครัวมีความพึงพอใจ

**คำสำคัญ :** การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

\*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร



## บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ปี พ.ศ. 2565 และคาดว่าจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด<sup>1</sup> คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2574 ซึ่งประชากรผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น ถึงแม้เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่จะสามารถช่วยผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีชีวิตยาวนานขึ้น แต่ก็มักมองอาจเป็นการยืดชีวิตผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาดและโรคที่เข้าสู่ระยะท้ายให้เสียชีวิตช้าลง โดยไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนถึงวาระสุดท้าย ซึ่งรูปแบบการรักษาแบบเดิมส่วนใหญ่ถูกตัดสินใจโดยแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวอาจไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ไม่ตรงตามความปรารถนาของผู้ป่วยที่แท้จริง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)<sup>2,3</sup> มีความสำคัญในปัจจุบันเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีโรคคุกคามต่อชีวิต เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการป้องกันและจัดการอาการไม่สบาย โดยเฉพาะอาการปวด และอาการไม่สบายอื่นๆ มีการดูแลทั้งมิติด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ทีมแพทย์ยังมีหน้าที่แจ้งข่าวร้ายและให้ข้อมูลที่ เป็นจริงแก่ผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care planning) ให้ตรงตามความ ปรารถนาของผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งสามารถเลือกว่าจะรับการรักษาที่ไม่รุกราน และใช้ชีวิตวาระสุดท้ายที่ใด

โรงพยาบาลคลองขลุงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง ปี<sup>4</sup> พ.ศ. 2565 มีประชาชนที่ต้องดูแล 68,513 คน เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 26.73 โรค 3 อันดับแรกที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ได้แก่ กลุ่มโรคมะเร็ง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มโรคดังกล่าวส่วนใหญ่รักษาไม่หายขาด และส่วนมากเป็น ผู้สูงอายุ จึงอาจได้รับการรักษาช่วงวาระสุดท้ายไม่ตรงตามความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้น โรงพยาบาลคลองขลุง จึงจัดตั้งคลินิกวิชาชีพ (Palliative care clinic) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีส่วนร่วมโดยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวยุบาล และเภสัชกรที่ผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมถึงทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ร่วมกับเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง รูปแบบการให้บริการ คือ ให้บริการคำปรึกษาผู้ป่วยนอก (OPD) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และรับปรึกษาผู้ป่วยใน (IPD) ทุกวันทำการให้การรักษาร่วมกับทีมแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ มีกิจกรรม ประชุมครอบครัว การวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้า การจัดการอาการปวดและไม่สบายอื่นๆ รวมถึงการส่งต่อข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในปี พ.ศ. 2563-2565 คลินิกวิชาชีพโรงพยาบาลคลองขลุง มีผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 108 174 และ 180 รายตามลำดับ ทั้งในรูปแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยปี 2565 ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง 73 คน คิดเป็นร้อยละ 40.56 และผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง 107 คน คิดเป็นร้อยละ 54.44 จากการดำเนินการปี 2565 พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ 2563 และ 2564 เพื่อให้การดูแลมีความต่อเนื่องและประสิทธิภาพมากขึ้น จึงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง โดยเน้นการมีส่วนร่วมผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้การดูแล และการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร และประเมินความพึงพอใจของครอบครัวหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) แบบกลุ่มเดียว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่คลินิกวิชาชีพ โรงพยาบาล คลองขลุง และส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 70 คน

### เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ป่วยโรคที่มีภาวะจำกัดชีวิต หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต หรืออยู่ในระยะท้าย หรือ ผู้ป่วยโรคที่เข้าเกณฑ์ตามแนวทางการประเมิน Supportive and palliative care indicators tool (SPICT) <sup>5,6</sup>
- ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร
- มีผู้ดูแลหลัก
- ผู้ป่วยและผู้ดูแล ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์คัดออก

- ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขอถอนตัวออกจากงานวิจัย
  - ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามแนวทาง หรือย้ายออกจากพื้นที่ก่อนการประเมินผลลัพธ์การดูแล
- เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พัฒนารับขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยผ่านการปรับปรุงและเห็นชอบจากคณะกรรมการดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย(PCT) ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์อายุรกรรม และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ด้านการจัดการอาการปวดและอาการไม่สุขสบายอื่นๆ ด้านการดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ และด้านการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น ดังแสดงในรูปที่ 1

### เครื่องมือใช้เก็บข้อมูล

- 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้รวม สิทธิการรักษา โรคประจำตัว และ อาการรบกวนทางกาย
- 2) แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (Palliative Performance scale : PPS)<sup>7,8</sup> โดยแบ่งระยะของผู้ป่วยแบบประคับประคองออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระยะคงที่ (PPS=70%-100%) ระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS=40%-60%) และระยะสุดท้าย (PPS=0%-30%)
- 3) แบบประเมินผลลัพธ์ก่อนและหลังการดูแลแบบประคับประคอง<sup>7,9,10,11</sup> (Palliative care outcome scale: POS) พัฒนาโดย Hearn และ Higgson ฉบับภาษาไทยแปลโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยปเนต ผู้กฤตยาคามิ และคณะ ใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือญาติ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค 0.9, Weighted kappa rage 0.31-0.73
- 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคอง (FAMCARE2)<sup>12,13</sup> ฉบับภาษาไทยแปลโดย จดาร์ตน์ สาภินันท์ และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ โดยแบบประเมิน FAMCARE-2 ฉบับภาษาไทย มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 0.96 และค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค 0.94 โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ขออนุญาตจากผู้แปลแบบสอบถามแล้ว

**รูปที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ  
อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร**

<b>แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร</b>	
<p>คลินิกโรคเรื้อรังส่งข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยแก่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบไปด้วย ข้อมูลโรค, เป้าหมายการรักษา, PPS, อาการไม่สบาย, Pain score, Key person/Caregiver, ยาที่เป็น, อุปกรณ์ที่ จำเป็นที่บ้าน</p> <p>ทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะสุดท้าย (PPS=0% - 30%) เยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์</li> <li>- ระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS=40% - 60%) เยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์</li> <li>- ระยะคงที่ (PPS=70% - 100%) เยี่ยมบ้านทุก 4 สัปดาห์</li> </ul> <p>โดยให้การดูแลครอบคลุม 4 ด้าน ดังนี้</p>	
<p><b>1. การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำข้อมูลเกี่ยวกับโรค</li> <li>- ทบทวน ACP กับผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- มีทักษะการฟังที่ดี</li> <li>- ทักษะแสดงความเห็นใจ (Empathy)</li> </ul>	<p><b>2. การจัดการอาการปวดและอาการไม่สบายอื่นๆ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมิน PPS</li> <li>- ประเมินอาการปวดของผู้ป่วย</li> <li>- ประเมินอาการไม่สบายอื่นๆ</li> <li>- แนะนำวิธีการจัดการอาการไม่สบาย</li> <li>- ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย</li> <li>- ทบทวนกับครอบครัวถึงอาการแสดงของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตและการดูแลผู้ป่วย</li> <li>- วิธีการให้ยาเพื่อใช้จัดการอาการปวด ความถี่ การให้ยาขนาดยาที่เหมาะสม</li> </ul>
<p><b>3. การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินภารกิจที่ยังค้างคาใจ (Unfinished business) ของผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>- ประเมินกิจกรรมที่ต้องทำตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม</li> <li>- เตรียมตัววางแผนเกี่ยวกับความสูญเสียและการเสียชีวิต</li> <li>- การดูแลความโศกเศร้าครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต</li> </ul>	<p><b>4. การช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน syringe driver เตียง ที่นอนลม</li> <li>- ติดต่อประสานงาน ช่วยจัดหาอุปกรณ์ตามความจำเป็น</li> <li>- แนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ อย่างปลอดภัย</li> <li>- แนะนำวิธีการทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ การบำรุงรักษา</li> </ul>

**การดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล**

1) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง แก่บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง(NPCU) ทั้ง 5 ทีม ครอบคลุมพื้นที่ 10 ตำบล มีทั้งหมด 14 หน่วยบริการและ 1 PCU ในโรงพยาบาลคลองขลุง จำนวน 30 คน

2) ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมงานวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วม หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยหรือญาติตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล คลินิกโรคเรื้อรังมีหน้าที่ส่งข้อมูลการดูแลรักษาและเป้าหมายการดูแลแก่หน่วยบริการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

3) บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ให้ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ในการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง โดยในครั้งแรกประเมิน PPS และ คะแนน POS

4) บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ประเมิน PPS คะแนน POS และคะแนน FAMCARE2 ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 โดยความถี่ในการเยี่ยมบ้านแบ่งตามระยะของผู้ป่วยแบบประคับประคองออกเป็น 3 กลุ่มระยะคงที่ (PPS=70%-100%) เยี่ยมบ้านทุก 4 สัปดาห์ ระยะเปลี่ยนผ่าน (PPS=40%-60%) เยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ และระยะสุดท้าย (PPS=0%-30%) เยี่ยมบ้านทุก 1 สัปดาห์

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome scale: POS) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่ 66 02 11 วันที่ 5 ตุลาคม 2566 โดยเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติ 1 สัปดาห์

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งหมด 70 คน เพศชายร้อยละ 64.29 เพศหญิงร้อยละ 35.71 อายุเฉลี่ย 71.06 ปี (S.D. = 13.79) ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 78.57 สถานภาพ โสด คู่/สมรส หย่า/แยกกันอยู่ และหม้าย ร้อยละ 8.57, 61.43, 5.71 และ 24.29 ตามลำดับ การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 71.43 รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.71 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 81.43 สิทธิการรักษาของผู้ป่วยมากที่สุดคือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 87.14 ผู้ป่วยมีระดับ Palliative performance scale (PPS) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-60% ร้อยละ 77.14 รองลงมา คือ PPS 0-30% ร้อยละ 12.86 และ PPS 70-100% ร้อยละ 10 โรคของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 54.29 กลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 45.71 โดยกลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง 3 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเส้นเลือดสมองตีบ ร้อยละ 15.71 โรคหัวใจวาย ร้อยละ 14.29 และ โรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย ร้อยละ 11.43 ตามลำดับ อาการรบกวนทางกายที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการเหนื่อย ร้อยละ 65.71 อาการปวด ร้อยละ 58.57 และอ่อนเพลีย ร้อยละ 42.86 ตามลำดับ

ผลลัพธ์ก่อนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ผู้ป่วยมีคะแนน POS รวมเฉลี่ยเท่ากับ 20.73 (S.D. =6.38 ) หลังได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีคะแนน POS รวมเฉลี่ยลดลงเป็น 13.17 (S.D. =3.64) ซึ่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p<0.001$  เมื่อเปรียบเทียบคะแนน POS รายข้อพบว่า ทั้ง 10 ข้อมีคะแนน POS ดีขึ้น แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ 8 ข้อ ได้แก่ อาการปวด อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก อาการหงุดหงิดหรือกังวลใจ ครอบครัว หรือ เพื่อน มีความวิตกกังวล ผู้ป่วย ครอบครัว หรือ เพื่อนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ได้ระบายความรู้สึกให้กับครอบครัว/เพื่อน ผู้ป่วยมีความเศร้าใจ และ ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเอง ส่วน 2 ข้อ คะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และ ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 (S.D. = 0.33) ระดับความพึงพอใจมาก พิจารณาทั้ง 4 ด้าน การจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย การดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล อาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ และ การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว มีระดับความพึงพอใจมากทุกด้าน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6



**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	64.29
หญิง	25	35.71
อายุ		
36-59 ปี	15	21.43
60 ปีขึ้นไป	55	78.57
$\bar{x} = 71.06$ , S.D. =13.79, min = 36, max = 103		
สถานภาพ		
โสด	6	8.57
คู่/สมรส	43	61.43
หย่า/แยกกันอยู่	4	5.71
หม้าย	17	24.29
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	63	90
ปริญญาตรี	6	8.57
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.43
อาชีพก่อนเจ็บป่วย		
เกษตรกร	50	71.43
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11	15.71
รับจ้าง	7	10
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.43
พระ	1	1.43
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	57	81.43
5,000 - 10,000 บาท	12	17.14
มากกว่า 10,000 บาท	1	1.43
สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	7.14
ประกันสังคม	4	5.71
ประกันสุขภาพล่วงหน้า	61	87.14

**ตารางที่ 2** ระดับความสามารถผู้ป่วย (Palliative Performance scale, PPS) ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

PPS score	จำนวน(คน)	ร้อยละ
0-30%	9	12.86
40-60%	54	77.14
70-100%	7	10



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของโรคหลักผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

โรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคมะเร็ง	32	45.71
โรคเส้นเลือดสมองตีบ	11	15.71
โรคไตวายเรื้อรังระยะท้าย	8	11.43
โรคหัวใจวายระยะท้าย	10	14.29
โรคปอดเรื้อรังระยะท้าย	4	5.71
โรคตับแข็ง	2	2.86
โรคพาร์กินสัน	1	1.43
กระดูกสะโพกหัก	1	1.43
โรคสมองเสื่อม	1	1.43

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาการผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (n=70)

อาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปวด	41	58.57
เหนื่อย	46	65.71
อ่อนเพลีย	30	42.86
ท้องผูก	5	7.14
ไอ	6	8.57
คัน	8	11.43
นอนไม่หลับ	24	34.29
อึดแน่นท้อง	16	22.86
แผลกดทับ	8	11.43

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale, POS)

แบบต่อเนื่องที่บ้านเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร (n=70)

ปัญหาและความต้องการ	ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care outcome, POS)		t	p-value
	ก่อน $\bar{x}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)		
1. อาการปวด	1.50(1.46)	1.06(0.99)	5.04	<.001*
2. อาการอื่นที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก	2.06(0.9)	1.01(0.65)	11.63	<.001*
3. อาการหงุดหงิดหรือกังวลใจ	1.93(0.92)	0.94(0.59)	9.59	<.001*
4. ครอบครัว หรือ เพื่อน มีความวิตกกังวล	2.50(0.78)	1.81(0.67)	5.57	<.001*
5. ผู้ป่วย ครอบครัว หรือเพื่อนได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา	1.90(0.68)	1.53(0.63)	3.38	.001*
6. ได้ระบายความรู้สึกให้กับครอบครัว/เพื่อน	2.39(1.08)	1.00(0.66)	11.15	<.001*
7. ผู้ป่วยมีความเศร้าใจ	2.11(1.04)	1.01(0.69)	8.87	<.001*
8. ผู้ป่วยรู้สึกดีกับตัวเอง	2.37(1.02)	1.09(0.79)	9.97	<.001*
9. รู้สึกว่าเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	1.97(1.25)	1.83(1.01)	1.40	0.167
10. ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของท่าน ทั้งด้านปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว	2.00(1.27)	1.89(1.07)	0.85	0.398
คะแนนรวม	20.73(6.38)	13.17(3.64)	12.31	<.001*

\*P&lt;0.05=มีนัยสำคัญทางสถิติ

## ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและระดับความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (FAMCARE-2) (n=70)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการจัดการอาการทางกายและความสุขสบาย	4.21	0.34	มาก
2. ด้านการดูแลผู้ป่วยและการให้ข้อมูล	4.21	0.38	มาก
3. ด้านอาการรบกวนและอาการข้างเคียงต่างๆ	4.27	0.48	มาก
4. ด้านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว	4.30	0.60	มาก
รวม	4.23	0.33	มาก

## วิจารณ์

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่ดีขึ้น โดยดูจากระดับคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เป็นผลมาจากการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การจัดการอาการปวดและอาการไม่สบายอื่นๆ การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ และการช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ที่จำเป็น อีกทั้งยังเป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้านผู้ป่วย เริ่มการดูแลแบบประคับประคองเร็วคือ ตั้งแต่ผู้ป่วยมีระดับความสามารถ (Palliative performance scale, PPS) ยังไม่ต่ำมาก โดยดูจาก PPS ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-60% ร้อยละ 77.14 และมีการติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการจัดอบรมบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน แก่ บุคลากรในทีมเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง ก่อนเริ่มดำเนินการเพื่อเพิ่มความรู้และความมั่นใจของบุคลากรในพื้นที่ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับ Maetens A และคณะ<sup>14</sup> (2019) พบว่า ผลลัพธ์ทั้งด้านคุณภาพการดูแลรักษาและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลช่วยระยะสุดท้ายดีกว่าการดูแลแบบปกติ นอกจากนี้การใช้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ทำให้คะแนน POS ลดลง สอดคล้องกับการศึกษา สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย<sup>15</sup> (2563) ที่ภายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านค่าเฉลี่ยคะแนน POS ลดลง และเพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ<sup>16</sup> (2564) ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองไว้รอต ค่าเฉลี่ย POS ก่อนการดูแลกับวันที่ 5 ที่ได้รับการดูแลพบว่าดีขึ้น

ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้านการเสียเวลาในการนัดหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีคะแนนลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นผลจากระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลคลองขลุงมีคลินิกปรึกษาฯ ดูแลกลุ่มผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ซึ่งญาติผู้ป่วยสามารถมาแทนและให้บริการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องผ่านการคุยวิดีโอ (Telemedicine) ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่รู้สึกเสียเวลาในการนัดหมายมากนัก ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะมีการเยี่ยมบ้านและให้การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพในพื้นที่มากขึ้น แต่คะแนนด้านการเสียเวลานัดหมายจึงลดลงไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมีประเด็นด้านการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยทั้งปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว ที่หลังจากการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้านคะแนน POS ลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญ เป็นผลมาจาก การประสานงานหน่วยงานท้องถิ่นในการช่วยเหลือเงินสนับสนุนยังมีงบประมาณจำกัด ทางโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอคลองขลุง มีการให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น แต่ยืขาดแคลนไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้ป่วยประคับประคองที่เพิ่มขึ้น

ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร พบว่าอยู่ในระดับมาก เป็นผลจากผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลจากบุคลากรในพื้นที่ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยและครอบครัวคุ้นเคย มีความไว้วางใจ มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งบุคลากรเหล่านี้ได้ผ่านการอบรมการใช้แนวทาง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ เพ็ญพิมพ์ ปันระสี และ ภัทธบูลย์ นาคสุสุข<sup>17</sup> (2565) พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจหลังได้รับการดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน และสอดคล้องกับเพ็ญศรี จาบประไพ และคณะ<sup>16</sup> (2564) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ดูแลแบบประคับประคองไว้รอตโรงพยาบาลถึงบ้านอยู่ในระดับมาก

## สรุปและข้อเสนอแนะ

หลังจากใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีขึ้น ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลแบบประคับประคอง

จากผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองด้านการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย ทั้งปัญหาการเงิน หรือปัญหาส่วนตัว ที่ยังลดลงไม่มากนัก ในการศึกษารั้งต่อไปควรพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีการประสานงานกับหน่วยงานท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมและบทบาทในการแก้ไขปัญหาส่วนตัว ปัญหาการเงินและอื่นๆ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการเพิ่มอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับให้ผู้ป่วยและญาติได้ยืมใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทีมสหสาขาวิชาชีพคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลคลองขลุงและบุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอคลองขลุงทุกคนที่ร่วมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและช่วยเก็บข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). การเผชิญหน้า 'สังคมผู้สูงอายุ' โจทย์ท้าทายภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article>.
2. World Health Organization. WHO definition of palliative care [Internet]. [cited 2023 July 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย(สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
4. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC). สถานะสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=b79d2503134f09e13681be97491753cf](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=b79d2503134f09e13681be97491753cf)
5. Supportive and palliative care indicators tool. National Health Service, University of Edinburgh. [Internet]. [cited 2023 Aug 9]. Available from: <https://www.spict.org.uk>.
6. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Palliative care toolkit. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2560.
7. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเล่มที่ 1. ขอนแก่น: สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย; 2564.
8. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance , Leautrakul S, Somwangprasert A, Leerapun T. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSV2). Palliat Med.2012;26:1034-41.
9. Hearn J, Higginson IJ. Development and validation of a core outcome measure for palliative care: the palliative care outcome scale. Palliative care core audit project advisory group Qual Health Care. 1999;8:219-27.
10. ลดาวัลย์ สานิพันธ์. คู่มือการใช้แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care Outcome Scale : POS). เชียงใหม่: กลางเวียงการพิมพ์; 2556.
11. Pukritayakamee P, Sapinun L, Suwan P, Harding R. Validity, Reliability, and Responsiveness of the Thai Palliative Care Outcome Scale Staff and Patient Versions Among Cancer Patients. Journal of pain and symptom management. 2018;56:414-20.



12. ลดารัตน์ สาภินันท์. แบบประเมินความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง (FAMCARE-2 scale). เชียงใหม่: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่, 2558
13. Ooraikul L, Wirojatana V, Phuakchantuck R, Chompukaew P, Khaisuwan C. Reliability and Validity Testing of the FAMCARE-2 Scale: Thai Translation. Asia Pac J Oncol Nurs. 2020;7:280-6.
14. Maetens A, Beernaert K, De Schreye R, Faes K, Annemans L, Pardon K, Deliens L, Cohen J. Impact of palliative home care support on the quality and costs of care at the end of life: a population-level matched cohort study. BMJ Open. 2019;9(1):e025180.
15. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง, กาญจนา วิสัย. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้าน ในเครือข่ายสุขภาพปทุมภูมิ อำเภอพร้าวก้างเข่ง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563;16:104-17.
16. เพ็ญศรี จาบประไพ, บุญสืบ โสโสม, สุนันทา เตโช. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30:1101-11.
17. เพ็ญพิมพ์ ปันระสี, ภัทราบุลย์ นาคสุสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลประคับประคองต่อเนืองที่บ้านในเครือข่ายบริการปทุมภูมิ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32:40-55.



## Developing a system for caring for psychiatric and drug patients at high risk of participating in violence of family and community Bueng Samakkhi District Kamphaeng Phet Province

Wisarut Morasuk, M.D.\*

### ABSTRACT

**Introduction :** Psychiatric problems and behavioral disorders due to substance abuse it is considered an important problem, causing more severity than usual and often relapsing, making it difficult to take care of because they are patients with a history of alcohol or drug addiction. Have a history of attempting suicide causing a high burden of care relatives become discouraged losing hope and abandoning the patient. Creating cooperation among families and communities to find and know the cause. It will be able to solve problems and help patients feel better. In order to finally return good people to society.

**Objectives :** to analyze the situation of the problem of violence, Develop and trial a participatory care system. Evaluate development results and satisfaction with the system for caring for psychiatric and drug patients at high risk of committing violence.

**Methods :** It is a action research based on the concepts of Kemmis and Mc Taggart<sup>1</sup>. Between December 2023 – February 2024 with 23 patients and 15 network partners.

**Result :** Patients (SMI-V) were mostly male, with an average age of 37 years. The most frequently used drugs were amphetamines and drinking alcohol. The mean severity of drug and drug use (V2) was  $17.96 \pm 8.997$  points. Psychiatric symptoms are grouped in yellow and red. There is a moderate to high risk of committing violence (average PVSS score  $10.65 \pm 3.366$  points). After participating in the activity “3y 3s 3doctor” for 1 month and 2 months, the patient’s mental symptoms decreased. Take medicine more regularly in terms of caregivers/relatives, there must be less improvement. In terms of daily activities, the patient performed better (from being able to do something to being able to do it) In terms of occupation, patients can do better (from somewhat able to well done) Family relationships are at a better level (from somewhat able to good level) Environmental aspect is at a better level (from moderate level to good level) Communication is at a better level (from a moderate level to a good level) In terms of basic learning ability, it was at a better level (from a moderate level to a good level) and the patient’s substance use improved (from still using some it is no longer used) and after participating in the activity “3y 3s 3doctor” for 2 months, patients (SMI-V) had lower mean V2 and PVSS scores than before participating in the activity and after 1 month of activity and were statistically different ( $p < 0.05$ ). Network partners are satisfied at a high level. It shows that the activity “3y 3s 3doctor” is appropriate and acceptable for use in helping patients (SMI-V) in Bueng Samakkhi District Kamphaeng Phet Province.

**Conclusions :** Family and community involvement contribute to supporting patients (SMI-V) to return to their families and live in the community. Therefore, we should encourage the implementation of the activity “3y 3s 3doctor” and continuously follow up with this group of patients, emphasizing the issue of “good medicine, good relatives, caring for them”. Stop using cigarettes, alcohol and drugs”. Including conducting studies follow up on this group of patients (SMI-V) using case management continuously for 5 years until they become SMI-V Low Risk patients.

**Keyword :** violence, family and community participation, psychiatric patients and drugs

\*Medical doctor, Professional level, Bueng Samakkhi Hospital, Kamphaeng Phet Province

## การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

วิศรุต โมราสุข, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ปัญหาโรคจิตเวช และความผิดปกติทางพฤติกรรมเนื่องจากสารเสพติด ถือเป็นปัญหาที่สำคัญก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่าปกติ และมักมีอาชญากรรมซ้ำซ้อนทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติติดสุราหรือสารเสพติด มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดการสูงในการดูแล ญาติเกิดความท้อแท้ หหมดความหวังและทอดทิ้งผู้ป่วย การสร้างความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนในการค้นหาและทราบสาเหตุ จะสามารถแก้ไขปัญหาและช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เพื่อเป็นการคืนคนดีสู่สังคมได้ในที่สุด

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรง พัฒนาและทดลองใช้ระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

**วิธีการศึกษา :** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart<sup>1</sup> ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 กับผู้ป่วย จำนวน 23 คน และภาคีเครือข่าย จำนวน 15 คน

**ผลการศึกษา :** ผู้ป่วย (SMI-V) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 37 ปี สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า และดื่มสุรา มีความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติด (V2) เฉลี่ย  $17.96 \pm 8.997$  คะแนน มีอาการทางจิตเวชเป็นกลุ่มสี่เหลี่ยมและสีแดง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (คะแนน PVSS เฉลี่ย  $10.65 \pm 3.366$  คะแนน) หลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” 1 เดือน และ 2 เดือน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง กินยาสม่ำเสมอมากขึ้น ด้านผู้ดูแล/ญาติต้องปรับปรุงลดลงด้านการทำกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น (จากทำได้บ้าง เป็นทำได้) ด้านการประกอบอาชีพผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น (จากทำได้บ้าง เป็นทำได้ดี) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้น (จากทำได้บ้าง เป็นระดับดี) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีขึ้น (จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี) ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีขึ้น (จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นอยู่ในระดับดีขึ้น (จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี) และด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยดีขึ้น (จากยังคงใช้บ้าง เป็นไม่ใช้แล้ว) และหลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” เป็นเวลา 2 เดือน ผู้ป่วย (SMI-V) มีค่าเฉลี่ยคะแนน V2 และ PVSS ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม 1 เดือน และมีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับได้ในการนำมาใช้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (SMI-V) อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

**สรุป :** การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน มีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วย (SMI-V) กลับคืนสู่ครอบครัวและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” และติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่องโดยเน้นในเรื่องของ “ยาดี ญาติดี ใส่ใจดูแล เลิกใช้บุหรี่ สุรา และสารเสพติด” รวมทั้งทำการศึกษา ติดตามผู้ป่วย (SMI-V) กลุ่มนี้แบบการจัดการรายกรณี (case management) ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี จนกลายเป็นผู้ป่วย SMI-V Low Risk

**คำสำคัญ :** การก่อความรุนแรง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

\*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร



## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัว และชุมชนลดลง ทุกคนต่างทำหน้าที่และเร่งหาสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตให้กับตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดภาวะเครียด เกิดการพึ่งพาหรือ สู้รา และยาเสพติดต่าง ๆ อีกทั้งสิ่งเสพติดในปัจจุบันนี้สามารถหาซื้อได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญาสุขภาพจิต<sup>2</sup> โดยเฉพาะโรคจิตเภท (Schizophrenia) ซึ่งเป็นโรคจิต ชนิดที่พบบ่อยที่สุด และพบว่าผู้ป่วยโรคนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยมีปัจจัยเอื้อที่ทำให้ก่อการก่อความรุนแรงสูง กว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย<sup>3</sup> และมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5<sup>4</sup> เนื่องจาก ผู้ป่วยมักมีอาการทางจิตที่รุนแรง มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการหลงผิด และบางครั้งมีอาการ ประสาทหลอนร่วมด้วย ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแลรักษาเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติติดสุราหรือสารเสพติดมีประวัติพยายาม ฆ่าตัวตาย ทำให้มีปัญหาอยู่ร่วมกับชุมชน และมีแนวโน้มถูกทอดทิ้งเนื่องจากเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะสูงในการดูแล ทำให้ญาติเกิด ความท้อแท้ หหมดความหวังและกำลังใจในการรักษา<sup>5</sup>

จากสถานการณ์ที่มีเหตุการณ์ก่อความรุนแรงสะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัว หรือประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุส่วนหนึ่งมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว หรือชุมชนส่วนใหญ่มักจะขาดยาเพราะการรักษาไม่ต่อเนื่อง ปกปิดปฏิเสธการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมถึงขาดการ ดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ<sup>6</sup> จึงทำให้อาการกำเริบและก่อความรุนแรงซึ่งพบได้ตามสื่อต่าง ๆ เช่น เหตุการณ์กราดยิง โดยทหาร ทำให้มีผู้เสียชีวิต 31 คน บาดเจ็บ 58 คน และการวิสามัญผู้ก่อเหตุ ขบวนการสังหารหมู่ที่มีผู้เสียชีวิต 38 คน (รวมผู้ก่อเหตุใน จำนวนนี้เป็นเด็ก 24 คน) เหตุการณ์นี้ได้เป็นข่าวไปทั่วโลก นับเป็นการฆาตกรรมหมู่โดยผู้ก่อเหตุเพียงคนเดียวที่ร้ายแรงที่สุด ชาวต่างชาติที่พำนักอยู่ในห้างสรรพสินค้า เป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิต 3 คน หนึ่งในนั้นคือเด็กชายอายุเพียง 3 ขวบ และชาวเด็กชาย อายุ 14 ปีก่อเหตุยิงในห้างพารากอนจนทำให้มีผู้เสียชีวิต 2 ราย ซึ่งทั้ง 4 เหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น หนึ่งในสารตั้งต้นของหลาย เหตุการณ์คืออาการหรือโรคทางจิตที่ส่งผลต่อการควบคุมความคิด อารมณ์ รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม<sup>7</sup>

ข้อมูลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ในปีพ.ศ. 2564-2566 จำนวน 2 คน 8 คน 23 คน ตามลำดับ พบว่า เป็นผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ติดสุรา ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย และมีแนวโน้มในการก่อความ รุนแรงจากการไม่ยอมรับการเจ็บป่วย รักษาไม่ต่อเนื่อง ไม่มีผู้ดูแลหรือญาติขาดศักยภาพ ญาติทอดทิ้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการ ทางจิตชัดเจน พุดบ่นคนเดียว หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง ผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน ทำให้คนในชุมชน เกิดความหวาดกลัว มีอาการกำเริบจนต้องส่งไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช มีบางส่วนเป็นรายใหม่ แต่มีประวัติ การใช้สารเสพติดหรือติดสุราเช่นกัน<sup>8</sup> ที่ผ่านมามีการจัดตั้งคลินิกจิตเวชเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่าย และ ได้จัดทำโครงการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีโอกาสใช้ความรุนแรง (Pre SMI-V) เพื่อสร้างความร่วมมือกับผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายในการค้นหา ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ผู้ป่วย SMI-V กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้เพื่อเป็นการคืนคนดีสู่สังคมได้ในที่สุด

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

## วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart<sup>1</sup> มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอวังสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 – กุมภาพันธ์ 2567 ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ (เลือกแบบเจาะจง) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับบริการที่งานยาเสพติดและคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลวังสามัคคี จำนวน 23 คน และ 2) ผู้ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดสารเสพติดหรือผู้ป่วยจิตเวช เช่น ผู้ดูแลใกล้ชิด ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน พยาบาลในคลินิกยาเสพติดและจิตเวช แพทย์ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) จำนวน 15 คน แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอวังสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคัดกรองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563)<sup>9</sup>

1) ผู้ใช้สารเสพติด เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

2) ผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะนำผลที่ได้จากการประเมินในระยะที่ 1 นำเสนอในที่ประชุมทีมสุขภาพ เพื่อกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยกิจกรรม “ 3ยอ 3สอ 3หมอ ” มีการกำกับติดตามผู้ป่วย (SMI-V) โดยทีมสหวิชาชีพ/พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด (Case management) ที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายในการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยใช้เครื่องมือ ดังนี้

1) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน (ประเมินทุก 1 เดือน)

2) แบบกำกับติดตามผลการติดตามเยี่ยมรายบุคคล

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ผลลัพธ์การสร้างร่วมมือของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ร่วมกับทีมสุขภาพและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปลอดภัย และเป็นการคืน “คนดีสู่สังคม” โดยผู้วิจัยจะทำการประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ใช้สารเสพติด เป็นแบบคัดกรอง และส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติด เพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.2

2) ผู้ป่วยจิตเวช เป็นแบบประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวช (Prasri Violence Severity Scale: PVSS)

3) แบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ได้พัฒนาขึ้น (3ยอ 3สอ 3 หมอ) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย ไม่พึงพอใจ โดยเรียงคะแนนเป็น 5 4 3 2 1 จำนวน 20 ข้อ การตรวจความเชื่อมั่น (Reliability) ได้เท่ากับ 0.84

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจงโครงร่างการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนของการทำวิจัย เพื่อขอความช่วยเหลือและมอบหมายให้ชี้แจงขอความร่วมมือกับผู้ป่วยและญาติ ผู้นำชุมชน อสม./ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน
2. นำระบบ (3ยอ 3สอ 3หมอ) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนไปใช้ตามแนวทางที่กำหนด
3. ประเมินผลสำเร็จ โดยการติดตาม/ประเมิน ระบบ (3ยอ 3สอ 3หมอ) ทุก ๆ 1 เดือน
4. เปรียบเทียบผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากระบบ 3ยอ 3สอ 3หมอ
5. สรุปผลการดำเนินงาน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเปรียบเทียบ paired samples t-test
3. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะทำการศึกษา “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร” ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (เลขที่โครงการ 66 02 21 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566) และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ ส่วนคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

## ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงในเขตอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 87.0) มีอายุ 38 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.2, เฉลี่ย 37 ปี) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุด คือ ยาบ้า และสารแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 42.4 เท่ากัน) ความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติด ระดับคะแนน V2 0-1 คะแนน และ V2 27+ คะแนน (ร้อยละ 34.8 เท่ากัน เฉลี่ย 17.17 คะแนน) กลุ่มอาการทางจิตเวชส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสับสน (ร้อยละ 56.5) และสับสน (ร้อยละ 43.5) มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.3, คะแนน PVSS เฉลี่ย 10.65 คะแนน) ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยและทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลบึงสามัคคีจึงเกิดแนวคิดในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยมีแนวทางการพัฒนา ดังนี้

- 1) การวางแผนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในการพัฒนาระบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
- 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย ให้มีความรู้-ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องในการค้นหาคัดกรอง เฝ้าระวังการก่อความรุนแรง และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้ดูแลในครอบครัวได้
- 3) การจัดทรวาสต-อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะยา “มิให้ผู้ป่วยขาดยา” รวมทั้งเครื่องอุปโภค-บริโภคที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยจึงไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยจะนำผลที่ได้จากการประเมินในระยะที่ 1 นำเสนอในที่ประชุมทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) 3 ยอ (ยา: ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ไม่ให้ขาดยา) ญาติ: ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง และป้องกันการเสพยาในช่องแรก ๆ ซึ่งต้องให้กำลังใจและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน: สอดส่องคนในชุมชน ดูแลความเคลื่อนไหว ความผิดปกติ มีคนแปลกหน้าเข้ามาในชุมชน มีการซื้อ-ขายยาเสพติดในชุมชน ดูแลการสั่งสมอาวุธ ได้แก่ ของมีคม ปืน ระเบิด เป็นต้น หากพบต้องรายงานผู้เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ รวมทั้งจัดกิจกรรมที่วัยรุ่นชอบ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในการมั่วสุม รวมกลุ่มกระทำความผิดที่มีขอบ)

2) 3 สอ (สุรา: ยาเสพติด ต้องเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยหันกลับไปใช้สุรา หรือยาเสพติด ซึ่งถือได้ว่าเป็นตัวกระตุ้นความรุนแรง ทำให้ก่ออาชญากรรมได้ในที่สุด การสั่งสมอาวุธ: ต้องเฝ้าระวังไม่ให้ผู้ป่วยมีการสั่งสมอาวุธ หรือผู้ป่วยในกลุ่มอาชีพที่มีอาวุธในความครอบครอง อาชีพที่มีความเครียดสูงจากการทำงาน หรืออาชีพที่มีความคาดหวังจากสังคมสูง จะทำให้มีโอกาสในการก่อความรุนแรง หรือก่ออาชญากรรมได้สูง สิ่งแวดล้อมและสังคม: เป็นการปรับสภาพแวดล้อมใหม่ ๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาพเก่า ๆ หรือสภาพแวดล้อมแบบเดิม ๆ หรือสภาพแวดล้อมที่สร้างความกดดันให้กับผู้ป่วย เป็นสภาพแวดล้อมที่สังคมมองผู้บำบัดยาเสพติด “แบบแปลกแยก” “เป็นคนน่ารังเกียจ” “เป็นคนไม่ดี” “เป็นคนน่ากลัว” ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความว่างเปล่า เหมือนอยู่คนเดียว ดังนั้นจึงต้องปรับความคิดคนในครอบครัว และชุมชน ให้เกิดการยอมรับในความผิดพลาดของผู้ป่วยและให้อภัย ให้อีกโอกาส และให้การสนับสนุน เพื่อ “คืนคนดี สู่อสังคม”)

3) 3 หมอ (ครอบครัว) (หมอคณที่ 1: อสม. ให้คำแนะนำคำปรึกษา และให้กำลังใจกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังสอดส่องพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ประเมินสถานการณ์และความรุนแรงของอาการทางจิตกำเริบ เฝ้าสังเกตอาการเตือน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยา หรือก่อความรุนแรง หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ซึ่งสามารถส่งต่อข้อมูลให้กับหมอคณที่ 2, หมอคณที่ 2: จนท.รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน (ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด) เฝ้าระวัง สังเกตอาการเตือนอาการกำเริบ (ไม่ใช้สุรา และยาเสพติด) เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง, หมอคณที่ 3: แพทย์ ทำการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และประเมินระดับความรุนแรงอาการทางจิต (ผู้ป่วยที่ไม่มีคดี) โดยนาระบบการจัดการรายกรณี (case management) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหาซับซ้อนโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. อสม. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่)

ผู้วิจัยจัดประชุมทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในอำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อขอความร่วมมือและกำหนดบทบาท/หน้าที่ ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง สอดส่องดูแลสถานการณ์ในพื้นที่รับผิดชอบและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ด้วยกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” แบบการจัดการรายกรณี (case management) มาดูแลผู้ป่วย SMI-V ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ปรับสภาพแวดล้อม ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต. อสม. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (ไม่ให้ขาดยา) ไม่กลับไปเสพยา/ยาเสพติด และไม่มีอาการกำเริบ

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ผลการติดตามผู้ป่วย (SMI-V) โดยใช้แบบติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน 10 ด้าน หลังเข้าร่วมกิจกรรมเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 2 พบผู้ป่วยยังมีการทางจิตบ้างลดลงจากร้อยละ 78.3 เป็นร้อยละ 65.2 มีการกินยาสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.2 เป็นร้อยละ 78.3 ด้านผู้ดูแล/ญาติต้องปรับปรุงลดลงจากร้อยละ 39.1 เป็นร้อยละ 8.7 ด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็นร้อยละ 52.2 การประกอบอาชีพผู้ป่วยทำได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.7 เป็นร้อยละ 34.8 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.1 เป็นร้อยละ 60.9 ด้านสิ่งแวดล้อมในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.1 เป็นร้อยละ 56.5 ด้านการสื่อสารในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็นร้อยละ 60.9 ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นในระดับดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.8 เป็นร้อยละ 56.5 ด้านการใช้สารเสพติดผู้ป่วยยังคงใช้บ้างลดลงจากร้อยละ 78.3 เป็นร้อยละ 30.4 (ตารางที่ 1) และมีค่าเฉลี่ยคะแนน V2 และ PVSS ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม 1 เดือน และมีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแบบประเมิน 10 ด้าน หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 และ 2 เดือน

ข้อมูล (n = 23)	หลังเข้าร่วมกิจกรรม 1 เดือน		หลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านอาการทางจิต				
- ไม่มีอาการ	0	0.0	6	26.1
- มีบ้าง	18	78.3	15	65.2
- มีบ่อย	5	21.7	2	8.7
2. ด้านการกินยา				
- สม่าเสมอ	12	52.2	18	78.3
- ไม่สม่าเสมอ	9	39.1	5	21.7
- ไม่กินยา	2	8.7	0	0.0
3. ด้านผู้ดูแล/ญาติ				
- ดี	6	26.1	14	60.9
- ปานกลาง	8	34.8	7	30.4
- ปรับปรุง	9	39.1	2	8.7
4. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน				
- ทำได้	8	34.8	12	52.2
- ทำได้บ้าง	12	52.2	10	43.5
- ทำไม่ได้	3	13.0	1	4.3
5. ด้านการประกอบอาชีพ				
- ทำได้	2	8.7	8	34.8
- ทำได้บ้าง	16	69.6	13	56.5
- ทำไม่ได้	5	21.7	2	8.7
6. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว				
- ดี	6	26.1	14	60.9
- ทำได้บ้าง	12	52.2	8	34.8
- ทำไม่ได้	5	21.7	1	4.3
7. ด้านสิ่งแวดล้อม				
- ดี	6	26.1	13	56.5
- ปานกลาง	9	39.1	6	26.1
- ปรับปรุง	8	34.8	4	17.4
8. ด้านการสื่อสาร				
- ดี	8	34.8	14	60.9
- ปานกลาง	13	56.5	5	21.7
- ปรับปรุง	2	8.7	4	17.4
9. ด้านความสามารถในการเรียนรู้				
- ดี	8	34.8	13	56.5
- ปานกลาง	14	60.9	10	43.5
- ปรับปรุง	1	4.3	0	0.0
10. ด้านการใช้สารเสพติด				
- ไม่ใช้	5	21.7	16	69.6
- ใช้บ้าง	18	78.3	7	30.4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนน V2 และ PVSS ก่อนและหลังดำเนินการ 1-2 เดือน

	ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
คะแนน V2	ก่อนดำเนินการ	17.96	8.997	3.536	0.002
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	17.52	8.632		
	ก่อนดำเนินการ	17.96	8.997	4.413	0.000
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	17.17	8.547		
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	17.52	8.632	2.912	0.008
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	17.17	8.547		
คะแนน PVSS	ก่อนดำเนินการ	10.65	3.366	5.978	0.000
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	9.70	3.239		
	ก่อนดำเนินการ	10.65	3.366	11.892	0.000
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	6.96	2.722		
	หลังดำเนินการ 1 เดือน	9.70	3.239	9.690	0.000
	หลังดำเนินการ 2 เดือน	6.96	2.722		

การประเมินความพึงพอใจภาคีเครือข่าย ต่อกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.0,  $\bar{x}$  = 4.20, SD. = 0.163) โดยพบด้านผู้ให้บริการ/ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x}$  = 4.35, SD. = 0.084) และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ( $\bar{x}$  = 4.00, SD. = 0.143) (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจภาพรวม

ระดับความพึงพอใจ (n = 15)	จำนวน	ร้อยละ
- ระดับต่ำ	0	0.0
- ระดับปานกลาง	3	20.0
- ระดับสูง	12	80.0

$\bar{x}$  = 84.06, SD. = 8.232, min = 71, max = 98

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ รายด้านและรายข้อ

ข้อความ (n = 15)	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
<b>ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการดูแล</b>	<b>4.15</b>	<b>0.099</b>	<b>สูง</b>
1. ขั้นตอนในการดูแลมีความเหมาะสม คล่องตัว ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.07	0.458	สูง
2. มีช่องทางการติดต่อที่สะดวก เหมาะสม เช่น โทรศัพท์ ไลน์ ฯลฯ	4.07	0.594	สูง
3. ความสะดวก รวดเร็ว ที่ได้รับการบริการในแต่ละขั้นตอน	4.27	0.458	สูง
4. ระยะเวลาในการดูแล/ให้บริการ มีความเหมาะสม	4.20	0.561	สูง
<b>ด้านผู้ให้บริการ/ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย</b>	<b>4.35</b>	<b>0.084</b>	<b>สูง</b>
1. ผู้ให้บริการมีความรู้-ความสามารถ และมีความใส่ใจในการดูแล	4.47	0.640	สูง
2. ผู้ให้บริการให้คำแนะนำและตอบข้อซักถามอย่างชัดเจน	4.27	0.594	สูง
3. ผู้ให้บริการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเป็นธรรมและเสมอภาคกับผู้รับบริการทุกรายไม่เลือกปฏิบัติ	4.33	0.617	สูง
4. ผู้ให้บริการมีความกระตือรือร้นและมีความพร้อมในการให้บริการ	4.33	0.488	สูง
<b>ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก</b>	<b>4.00</b>	<b>0.143</b>	<b>สูง</b>
1. จุดให้บริการมีความเหมาะสมและสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	3.80	0.561	สูง



## ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจ รายด้านและรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ (n = 15)	$\bar{x}$	SD.	ระดับ
2. จุตรอรับการให้บริการมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ พร้อมใช้	4.00	0.535	สูง
3. สถานที่ให้บริการโดยรวม มีความสะอาด อุปกรณ์เพียงพอพร้อมใช้	4.13	0.640	สูง
4. ความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก ณ จุดให้บริการ	4.07	0.594	สูง
<b>ด้านคุณภาพสื่อสาร</b>	<b>4.19</b>	<b>0.161</b>	<b>สูง</b>
1. ข้อมูล/เนื้อหา มีความเหมาะสมต่อการเรียนรู้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย	4.33	0.488	สูง
2. เอกสารใช้สีและขนาดตัวอักษร เหมาะสม อ่านง่าย ชัดเจน	4.13	0.640	สูง
3. ความชัดเจนของการอธิบาย/ชี้แจงและแนะนำขั้นตอนการให้บริการ	4.33	0.488	สูง
4. ป้ายประชาสัมพันธ์/ข้อความบอกจุดบริการ มีความชัดเจน เข้าใจง่าย	4.00	0.535	สูง
<b>ด้านการนำไปใช้ประโยชน์</b>	<b>4.31</b>	<b>0.030</b>	<b>สูง</b>
1. เนื้อหา ข้อมูล ผู้รับบริการสามารถนำไปปฏิบัติและใช้ประโยชน์ได้จริง	4.27	0.594	สูง
2. ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน ชัดเจน ทำให้สามารถปฏิบัติได้จริง	4.33	0.617	สูง
3. มีการทบทวนข้อมูล และผลลัพธ์การดำเนินงาน เพื่อการปรับปรุง	4.33	0.488	สูง
4. ความพึงพอใจภาพรวมต่อกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ”	4.33	0.488	สูง
<b>ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวม</b>	<b>4.20</b>	<b>0.163</b>	<b>สูง</b>

## วิจารณ์

1. สถานการณ์ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) อำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย (SMI-V) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 37 ปี สารเสพติดที่ใช้นามากที่สุดคือยาบ้า และดื่มสุรา มีความรุนแรงของการใช้ยาและสารเสพติด (V2) เฉลี่ย 17.17 คะแนน มีอาการทางจิตเวชเป็นกลุ่มสี่เหลี่ยมและสีแดง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับปานกลางค่อนข้างสูง (คะแนน PVSS เฉลี่ย 10.65 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย (SMI-V) ในเขตอำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ส่วนใหญ่เป็นเพศชายอยู่ในวัยแรงงาน มีประวัติการใช้สารเสพติด (ยาบ้า) และดื่มสุรา มีแนวโน้มในการก่อความรุนแรงในระดับความรุนแรงที่ต้องเข้ารับการบำบัด (V2 = 27+ คะแนน) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตชัดเจน (สี่เหลี่ยม+สีแดง) เช่น พูดคนเดียว หูแว่ว ประสาทหลอน อาละวาด ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทำลายทรัพย์สิน และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/หาวิธีฆ่าตัวตาย/ทำร้ายผู้อื่น ทำให้คนในครอบครัว/ชุมชนเกิดความหวาดกลัว บางรายมีอาการกำเริบต้องส่งไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งถึงแม้ที่ผ่านมาโรงพยาบาลเมืองสามัคคีจะได้มีการจัดตั้งคลินิกจิตเวชเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงง่ายและได้จัดทำโครงการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีโอกาสใช้ความรุนแรง (Pre SMI-V) เพื่อสร้างความร่วมมือกับผู้นำชุมชน อสม. และภาคีเครือข่ายในการค้นหา ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) กลับมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและกระทำผิดซ้ำ เกิดความเครียดจากการติดตามของผู้คนในชุมชน<sup>10</sup> ขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติหรือผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะการดูแล<sup>4</sup> ญาติผู้ดูแลยังไม่เข้าใจในการดูแล ระบบการติดตามยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ มีประวัติการใช้สารเสพติดคือยาบ้า เกือบทั้งหมดดื่มสุราและสูบบุหรี่<sup>11</sup>

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอเมืองสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ด้วยกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ”

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” 1 เดือน และ 2 เดือน ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง (จากร้อยละ 78.3 เป็นร้อยละ 65.2) กินยาสม่ำเสมอมากขึ้น (จากร้อยละ 52.2 เป็นร้อยละ 78.3) ด้านผู้ดูแล/ญาติต้องปรับปรุงลดลง (จากร้อยละ 39.1 เป็นร้อยละ 8.7) ด้านการทากิจวัตรประจำวันผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น จากทำได้บ้าง (ร้อยละ 52.2) เป็นทำได้ (ร้อยละ 52.2) ด้านการประกอบอาชีพผู้ป่วยทำได้ดีขึ้น จากทำได้บ้าง (ร้อยละ 69.6) เป็นทำได้ดี (ร้อยละ 52.2) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีขึ้น

จากทำได้บ้าง (ร้อยละ 52.2) เป็นระดับดี (ร้อยละ 60.9) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีขึ้น จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.1) เป็นระดับดี (ร้อยละ 56.5) ด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีขึ้น จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.5) เป็นระดับดี (ร้อยละ 60.9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้นอยู่ในระดับดีขึ้น จากระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.9) เป็นระดับดี (ร้อยละ 56.5) และด้านการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยดีขึ้น จากยังคงใช้บ้าง (ร้อยละ 78.3) เป็นไม่ใช้แล้ว (ร้อยละ 69.6 และมีใช้บ้าง ร้อยละ 30.4) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” สามารถดูแลผู้ป่วย (SMI-V) ได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากการเป็นารดูแลแบบการจัดการรายกรณี (case management) โดยความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ รวมถึงการติดตามดูแลประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น กินยามากขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันและประกอบอาชีพได้ดีขึ้น มีสัมพันธภาพกับครอบครัว ญาติดูแลดีขึ้น มีสิ่งแวดล้อมดีขึ้น มีการสื่อสารในระดับดี สามารถเรียนรู้ได้มากขึ้น และลดการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาเสพติด) ยังคงใช้บ้าง (ร้อยละ 30.4) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคือชุมชนเข้มแข็ง มีการทำงานเป็นทีมทุกคนรู้บทบาทหน้าที่ ทำงานด้วยจิตศรัทธาและปรารถนาให้ผู้ป่วย (SMI-V) กลับคืนสู่ครอบครัว/ชุมชน ยอมรับในความผิดพลาดพร้อมทั้งให้อภัย ให้ออกาสให้การสนับสนุนเพื่อ “คืนคนดี สู่อสังคม” และการศึกษานี้ยัง พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” เป็นเวลา 2 เดือน ผู้ป่วย (SMI-V) มีค่าเฉลี่ยคะแนน V2 และ PVSS ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังดำเนินกิจกรรม 1 เดือน และมีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หลังได้รับการจัดการรายกรณีมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถสูงกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -22.9, p < 0.05$ )<sup>12</sup> บางการศึกษาพบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางจิตของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการกำเริบซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.031$ ) ในขณะที่อัตราความร่วมมือในการกินยาเพิ่มขึ้น ( $p = 0.016$ )<sup>13, 14</sup> และยังพบว่า คะแนนอาการทางจิตและคะแนนความสามารถโดยรวมหลังการติดตามที่ 0, 3 และ 6 เดือน มีความแตกต่างกันทางสถิติ ( $p < 0.01$ )<sup>11</sup>

### 3. ความพึงพอใจของทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งครอบครัว/ผู้ดูแลใกล้ชิดต่อกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ”

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูง และพบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจภาพรวม รายด้าน รายข้ออยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” มีความเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับได้ในการนำมาใช้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย (SMI-V) อำเภอวังสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งนอกจากผลการประเมินความพึงพอใจต่อกิจกรรมจะอยู่ในระดับสูงแล้ว ผลการติดตาม V2 PVSS พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นและอยู่ร่วมกับครอบครัว/ชุมชนได้เป็นปกติ จึงสะท้อนให้เห็นว่า “ชุมชนเข้มแข็ง” เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงต้องจัดทำแนวทางในการลดการตีตราของผู้ป่วยโดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับสู่ชุมชนด้วยการสร้างกิจกรรมร่วมกันของสังคมและผู้ป่วย ขณะที่ฝั่งกระบวนการยุติธรรมมีการฝึกอบรมและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้กลับคืนสู่สังคมอย่างถาวร<sup>10</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีผลทำให้คะแนนทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ดัชนีชี้วัดความสุขของญาติเพิ่มขึ้น คะแนนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.01$ )<sup>15</sup> แสดงให้เห็นว่าการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนอาการทางจิตหลังได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับการจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ญาติหรือผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจ<sup>4</sup>

### สรุป

กิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงครั้งนี้เป็นการสร้างความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยคือทำให้อาการทางจิตลดลง มีความสามารถโดยรวมดีขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ควรฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกคนให้มีความรู้ในการบริการสุขภาพ/ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างเหมาะสม โดยประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

1.2 ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนแบบจิตอาสา พร้อมทั้งพัฒนาความรู้ ความสามารถให้มีความตระหนักรู้และพร้อมที่จะเข้าไปช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.3 ควรสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ในเขตอำเภอเมืองสามัคคี อย่างต่อเนื่องและเพิ่มระยะการติดตามผู้ป่วย โดยเน้นในเรื่องของ “ยาดี ญาติดี ใส่ใจดูแล เลิกใช้บุหรี่ สุรา และสารเสพติด” เนื่องจากวัฒนธรรมท้องถิ่นในการดื่มสุราเมื่อมีงานประเพณีต่าง ๆ ของชุมชน ผู้ป่วยเพศชายจะนิยมดื่มสุรา ทำให้อาการกำเริบเพิ่มขึ้น

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาและติดตามผู้ป่วย (SMI-V) กลุ่มนี้แบบการจัดการรายกรณี (case management) ต่อเนื่องจนครบ 5 ปี จนกลายเป็นผู้ป่วย SMI-V Low Risk

2.2 ควรทำการศึกษาและทดลองใช้กิจกรรม “3ยอ 3สอ 3หมอ” ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในพื้นที่อื่นในจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อให้เกิดการพัฒนาโดยได้ผลการศึกษาจนเป็นที่ประจักษ์เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวาง

2.3 ควรทำการศึกษาปัญหา-ความต้องการของครอบครัว/ชุมชนในการรับผู้ป่วย (SMI-V) กลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน/ชุมชน จะช่วยให้สามารถกำหนดแนวทาง/รูปแบบการช่วยเหลือครอบครัว/ชุมชน ได้สอดคล้องกับปัญหา

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชรที่อนุญาตให้ใช้ประโยชน์ข้อมูลในการศึกษานี้ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการฉบับนี้ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคีเครือข่ายและกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือด้วยดีจนเอกสารงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความสมบูรณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer. 3<sup>rd</sup> ed. Victoria: Deakin University, 1988.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: วิศทอเรียอิมเมจ, 2560.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ชพรสเพอร์สฟัลส์, 2561.
4. พิณณัฐ ศรีหารักษา. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขามเฒ่า อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8:436-46.
5. พิษญา วัฒนกรคุณ, กังสดาล จิระไพวงศ์, สวัสดิ์ เทียงธรรม, ฌักกร วรากรมเดช, ประณีต ชุ่มพุทรา (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์, 2560.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์, 2559.
7. วรตม์ โชติพิทยสุนนท์. กราตยังเกิดจากปัญหาสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. (2566). [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก: <https://mgronline.com/qol/detail/9630000013369>



8. โรงพยาบาลบึงสามัคคี. ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด. กำแพงเพชร: กลุ่มงานยาเสพติดและจิตเวช โรงพยาบาลบึงสามัคคี อำเภอบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร, 2566.
9. ชิตชนก โอภาสวัฒนา, บรรณธิการ. คู่มือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส, 2563.
10. กฤตภาส ไทวงษ์, อุนิษา เลิศโตมรสกุล. การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช. วารสารวิชาการคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2565;10(2):39–52.
11. สนิทธี อนันทวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลป้องกันการกำเริบซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก:  
<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001154-0000001411.pdf>
12. นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปิพิชญา ทวีเศษ, พรเลิศ ชุ่มชัย. ผลการจัดการรายกรณีต่อความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรง. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา 2563;14:10–22.
13. วิจารณ์ ล้อมงคล. ผลของโปรแกรมแรงสนับสนุนจากครอบครัวร่วมกับคู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในอำเภอคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2563;41:31–9.
14. ศุภชัย นวลสุทธิ, จุฬา ศรีรักษา, ทวีปณ สัมปทณักรัษ, สมหมาย คชนาม. ผลของโปรแกรมประยุกต์การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษาของผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องเข้ารับการบำบัดเป็นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2565; 42(2):163–77.
15. รัชมี ชุตติพินาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2565;16(3):851–67.



## Nursing Care in Congenital Pneumonia of Newborn : A Case Study

Saowaros Rungpittayanon, D.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Congenital Pneumonia of the newborn is a common cause of respiratory distress in newborns. This causes the babies to have difficulty in breathing and required to receive adequate oxygen, receive prompt and correct medical care from a pediatrician. Neonatal ward nurses must have an ability to assess, diagnose, and get proper nursing care for critical care babies. Quick help in combination with bringing knowledge, nursing theory used in care will keep the babies safe with no complication and have good quality of life.

**Objective :** To provide a guideline for effective nursing of newborns with Congenital Pneumonia.

**Case Study :** Newborn Female normally born at Kamphaeng Phet Hospital, with birth weight 3,900 gm. APGAR scores at 1, 5, 10 minutes were 8, 8, 8 points respectively. The newborn had subcostal retraction, shallow respiratory rate at 60 breaths/min and was transferred from the Labor Room to Pediatric 2 ward. Congenital Pneumonia was diagnosed by physician and was treated with oxygen Box and nasopharyngeal suction. Blood glucose and blood concentration were normal. After 2 hours of observation, the newborn had subcostal retraction with respiratory rate was 60-68 breaths/min. The infant was treated with a Heated Humidified High-flow nasal cannular, milk and water were refrained and administered intravenous therapy, Chest X-ray results showed Infiltration in both lungs, CBC results showed WBC 21,400, Platelet 223,000, Neutrophil 77%, Lymphocyte 19%. Ampicillin and Gentamicin were administered. Venous Blood Gas showed pH 7.46,  $PCO_2=33$ ,  $PO_2=48$  after observed 1 hours later. The infant has been put on a Humidified High-flow nasal cannular for 3 days until symptoms decreased. The symptoms were improved respectively, pink body, good limb movements, no fever, body temperature 36.8-37.4°C and breath regularly. Respiratory rate was 48-56 breaths/min and  $O_2$  saturation 96-100%. The baby was able to receive milk with no vomiting. Finally, oxygen administration was discontinued. The nursing problem were hypoxia and respiratory tract infection. There was a chance of complications and inadequate nutrients. Other problem were the baby's parents concerned about their child's illness and the connection between the family and the baby was discrete. Parents lacked confidence in taking care of their babies both while they were in the hospital and upon returning home. Problems were helped and resolved including a distribution plan. Parents took responsibility in childcare so the baby was safe with no complication. Before returning home, ear examination for hearing screening result was normal. There were total 7 days in hospitalization. One-week follow-up appointment was scheduled and referred for follow-up care at home.

**Summary of case studies :** Patient was safe from crisis with no respiratory failure or increased infection. Therefore, nursing care were an important role to have knowledge, develop skills and expertise in caring for newborns leading to effective nursing practice that corresponds to the problem to take care of the baby to survive. The infants have proper growth and prevent complications. From this infant case study, it can be used as a guideline for nursing care of newborns with Congenital Pneumonia.

**Keywords :** Congenital Pneumonia

\*Registered Nurse, Professional level Pediatric Nurse Department, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษา

เสาวรส รุ่งพิทยานนท์, ป.พส.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ (Congenital Pneumonia of Newborn) เป็นโรคในระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย ทำให้ทารกมีอาการหายใจลำบากต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและถูกต้อง โดยมีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน พยาบาลภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดจะต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถในการประเมินอาการ และสามารถดูแลทารกแรกเกิดในระยะวิกฤต ได้ถูกวิธี เพื่อให้ทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์:** เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ

**กรณีศึกษา:** ทารกแรกเกิดเพศหญิง คลอดปกติที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร น้ำหนัก 3,900 กรัม APGAR score ในนาทีที่ 1, 5, 10 คือ 8, 8, 8 คะแนน ตามลำดับ แรกเกิดทารกใช้กลัมน้ำตาลเพื่อช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ย้ายทารกจากห้องคลอดไปหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 แพทย์วินิจฉัยโรค Congenital Pneumonia of Newborn ให้การรักษาโดยออกซิเจนชนิดแบบกล่องครอบศีรษะ ดูดเสมหะให้ ตรวจค่าน้ำตาลในเลือดและความเข้มข้นเลือดผลปกติ 2 ชั่วโมงต่อมา ทารกเริ่มหายใจหอบชายโครงบวม อัตราการหายใจ 60-68 ครั้ง/นาที แพทย์พิจารณาเปลี่ยนเป็นให้การรักษาด้วยเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง งดนมและน้ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน ผลเอกซเรย์ปอดพบ Infiltration both Lung, ผล CBC พบ WBC 21,400, Platelet 223,000 Neutrophils 77% Lymphocytes 19% ได้รับยาฆ่าเชื้อ Ampicillin และ Gentamicin ต่อมา ทารกหายใจทุเลาเหนื่อยหอบ ผล Vein Blood Gas PH 7.46, PCO<sub>2</sub> 33, PO<sub>2</sub> 48 รวมให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง 3 วัน อาการหอบลดลง ทารกอาการดีขึ้นตามลำดับ ตัวแดง เคลื่อนไหวแขนขาดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.8 - 37.4 องศาเซลเซียส หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 48-56 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนส่วนปลาย 96-100% รับนมได้ ไม่อาเจียน จึงยุติให้ออกซิเจน ปัญหาทางการพยาบาลระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลคือ ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับทารกไม่ต่อเนื่อง บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ปัญหาต่างๆ ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่าย ให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ทำให้ทารกปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ก่อนกลับบ้านตรวจคัดกรองการได้ยินผลปกติ นอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 7 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ และส่งต่อเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

**สรุปผลกรณีศึกษา:** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญจะต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลทารกแรกเกิด นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากกรณีศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบต่อไป

**คำสำคัญ:** ทารกแรกเกิด ภาวะปอดอักเสบ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร



## บทนำ

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ (Congenital Pneumonia of Newborn) เป็นโรคในกลุ่มปัญหาทางเดินหายใจที่พบบ่อย และมีความรุนแรง ซึ่งมีสาเหตุที่เกิดทั้งจากมารดาหรือจากทารกเอง ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส แบคทีเรียและเชื้อรา เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในทารกตายคลอดและหลังคลอดที่พบบ่อยที่สุด พบได้บ่อยในทารกที่มีน้ำหนักน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกมีไข้แรกเกิด ได้รับการกู้ชีพแรกเกิด มารดาฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์ การคลอดที่ยาวนาน การคลอดที่บ้านหรือคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล คลอดด้วยวิธีการผ่าตัดคลอด มารดามีไข้ และมารดามีการติดเชื้อที่ช่องคลอด มีน้ำเดินก่อนคลอด อาการและอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ มีภาวะหายใจลำบากทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดไม่ดี มีไข้หรือตัวเย็น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจหยุดหายใจ (Apnea) และพบอาการหายใจเร็วถึง 60-89% หากมีไข้สูงลอยในภาวะปอดอักเสบมักจะเกิดจากเชื้อไวรัส จากภาพถ่ายรังสีจะพบ Lung infiltrates<sup>1</sup> และจากการศึกษาส่วนใหญ่จะพบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา<sup>2</sup>

การรักษาภาวะปอดอักเสบในทารกแรกเกิดจะมีทั้งการช่วยหายใจและการลดการติดเชื้อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม มีเป้าหมายในการรักษาพยาบาลคือส่งเสริมการหายใจให้มีประสิทธิภาพ ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และลดการติดเชื้อ โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพ<sup>3</sup> ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบอย่างสูงสุด เช่น การจัดท่านอน (Neutral Position) เพื่อช่วยให้ทารกสามารถผ่านหลอดลมคอได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>4</sup> ช่วยเคาะปอดดูดเสมหะในจมูกและปากตามความจำเป็นเพื่อให้ปอดของทารกสามารถแลกเปลี่ยนแก๊สได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>5</sup> เพื่อให้ค่าออกซิเจนในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในการพยาบาลต้องยึดหลักปราศจากเชื้อ อย่างเคร่งครัดเพื่อลดการติดเชื้อและไม่ก่อให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ต้องมีประสิทธิภาพ สะอาดพร้อมใช้งานตลอดเวลา หลังการดูแลทารกแรกเกิดอื่น ได้แก่ การดูแลอุณหภูมิให้อยู่ในระดับปกติ การให้อาหารได้แก่ นมมารดาและหรือสารน้ำตามแผนการรักษา การดูแลเฉพาะโรคที่ต้องให้ข้อมูลกับบิดา มารดามีส่วนร่วมในการดูแล และเฝ้าสังเกตอาการ ส่งเสริมสายสัมพันธ์พ่อแม่ ลูก ส่งเสริมพัฒนาการ<sup>6,7</sup> ทำให้ทารกรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ โดยจัดเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคที่พบบ่อย สถิติ 3 ปีย้อนหลังปี 2564-2566 พบจำนวน 63, 68, 79 รายคิดเป็นร้อยละ 4.38, 4.5, 5.72 โดยพบอัตราการเสียชีวิต 2, 1, 1 ราย ตามลำดับ<sup>8</sup> กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้พยาบาลทารกที่มีภาวะปอดอักเสบ อันจะเป็นประโยชน์ในการสร้างคุณภาพของการพยาบาล ส่งผลถึงการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

## กรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดเพศหญิง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

### อาการสำคัญ

หายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมา ทารกคลอดปกติ ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร น้ำหนักแรกเกิด 3,900 กรัม APGAR score ในนาทีที่ 1, 5, 10 คือ 8, 8, 8 คะแนน ตามลำดับ แรกเกิดทารก Active ดี ร้องเสียงดัง ตัวชมพู ใช้กลัมนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ย้ายทารกจากห้องคลอด มายังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : ไม่มี

### ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา

มารดาอายุ 35 ปี G<sub>4</sub> P<sub>3</sub> อายุครรภ์ 38<sup>+6</sup> สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโกสุมพินครและโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6<sup>+5</sup> สัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 17 ครั้ง ครอบคลุมเกณฑ์ ผลเลือด HIV Negative, VDRL Non-reactive, HBsAg Negative หลังคลอดมารดาแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บิดามารดาสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวหรือโรคติดต่อเรื้อรังทุกชนิด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ : รูปร่างทั่วไปปกติ หายใจหอบชายโครงบวม อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ปอดมีเสียง Crepitation ส่วนระบบอื่นๆปกติ

การวินิจฉัยโรค : Congenital Pneumonia

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : ผลเลือดวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ.2566 พบ WBC 21,400, Platelet 223,000, Neutrophils 77%, Lymphocytes 19% ผลการเพาะเชื้อในเลือดไม่พบเชื้อ

ผลเอกซเรย์ปอด : พบ Infiltration both Lung

สรุปการดำเนินของโรคขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เวลา 19.41 น.ทารกคลอดปกติ น้ำหนักแรกเกิด 3,900 กรัม APGAR score ในนาทีที่ 1, 5, 10 คือ 8, 8, 8 คะแนน ตามลำดับ แรกเกิดทารก Active ดี ตัวชมพู หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ 60 ครั้ง/นาที ย้ายทารกจากห้องคลอด ไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 เวลา 11.15 น. แรกแรกที่กุมารเวชกรรม 2 ทารกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง RR 60 ครั้ง/นาที on O2 Box 10 LPM, T 36.8 °C, DTX 65 mg%, Hct 46% เวลา 14.20 น. ทารกหายใจหอบชายโครงบวมมากขึ้น RR 60-68 ครั้ง/นาที on HHHFNC 9 LPM, NPO, on 10% D/W IV rate 10.6 ml/hr ผล CXR พบ Infiltration both Lung วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ.2566 เจาะ CBC พบ WBC 21,400, Platelet 223,000, Neutrophils 77%, Lymphocytes 19%, mESR at Birth 3 mm. ให้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin 390 ml IV q 12 hr, Gentamicin 15 mg IV q 24 hr เวลา 15.30 น. ทารกหายใจหอบทุเลาเล็กน้อย RR 48-56 ครั้ง/นาที หลัง on HHHFNC 1 ชม. ผล CBG PH 7.46, PCO2 33, PO2 48

วันที่ 26 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจหอบชายโครงบวมเล็กน้อย RR 56-58 ครั้ง/นาที on HHHFNC 7 LPM, no cyanosis, 10% D/N/5 rate 7.7 ml/hr, BM/IF 5 ml x 8 feeds รับนมได้ดี ไม่มีอาเจียน ไม่มีท้องอืด ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ

วันที่ 27 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ RR 52 - 60 ครั้ง/นาที ลด HHHFNC 5 LPM, no cyanosis, BM/IF 53 ml x 8 feeds รับ feed ได้ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด ตัวไม่เหลือง MB 10 mg%, Hct 62 %, หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ On injection plug for Antibiotic.

วันที่ 28 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีชายโครงบวม RR 44-48 ครั้ง/นาที หยุด HHHFNC หลังจากนั้น RR 52-56 ครั้ง/นาที O2 saturation 96-100% กระตุ้นดูดนมมารดา น้ำนมมารดาไหลดี รับนมได้ดี ไม่มีอาเจียน on injection plug for Antibiotic.

วันที่ 29-31 ตุลาคม 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ ดูดนมมารดาได้ดี ไม่อาเจียน ขับถ่ายปกติ on injection plug for Antibiotic ต่อเพื่อรอผล H/C วันที่ 31 ตุลาคม 2566 ผล H/C no growth

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 ทารก active ดี ตัวชมพู หายใจสม่ำเสมอ ดูดนมมารดาได้ดี ไม่อาเจียน ขับถ่ายปกติ on injection plug for Antibiotic. ผล H/C no growth หยุดให้ยา Ampicillin, Gentamicin ตรวจ OAE screening ผลปกติ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัด 1 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อติดตามอาการ

#### การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

##### ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกหายใจหอบชายโครงบวม RR 64-68 ครั้ง/นาที
2. ผล chest X-ray : infiltration both lung
3. ฟัง Lung มีเสียง Creptitation ขณะที่ suction มี Secretion ปริมาณมากและเหนียวข้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

##### เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนริมฝีปากแดง ปลายมือปลายเท้าแดง O<sub>2</sub> saturation  $\geq$  95 %
2. ไม่พบความผิดปกติในการหายใจ เช่น หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม ชายโครงบวม หยุดหายใจ กลั้นหายใจ หรือเขียว การหายใจปกติ RR 40-60 /min ไม่มี Retraction ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะในลำคอและฟังเสียงปอดได้ยินเสียงลมผ่านได้อย่างชัดเจน

3. VBG อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ PH 7.35–7.45 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 35–45 mmHg, PaO<sub>2</sub> 75–100 mmHg, BE (-2) – (+2), HCO<sub>3</sub> 18–23 mmHg
4. ผล chest X-ray ปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะและอัตราการหายใจ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1/2-1 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการและอาการแสดงต่างๆที่ผิดปกติ เช่น หายใจลำบาก ปีกจมูกบาน หน้าอกบวม หายใจเร็ว หายใจหยาบ กลั่นหายใจ หรือเขียว และรายงานแพทย์อย่างทันที่
2. จัดท่าให้ทารก โดยให้นอนราบใช้ผ้าหนุนบริเวณไหล่ให้ศีรษะแขวนเล็กน้อย (Neutral Position) หรือนอนศีรษะสูงตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
3. ดูแลทารก on O<sub>2</sub> Box 7 LPM ตามแผนการรักษาโดยดูแลสายออกซิเจนไม่ให้ออกซิเจนพ่นลงใบหน้าผู้ป่วยโดยตรงโดยเฉพาะหน้าผากเพราะจะกระตุ้น Diving reflex ทำให้ HR ช้าลง ดูแลให้ศีรษะอยู่ใน Box เสมอไม่ให้เสียดสีคอ คางและไหล่ Observe การหายใจ Monitoring O<sub>2</sub> saturation ให้ O<sub>2</sub> saturation  $\geq 95\%$
4. ดูแล on HHHFNC 9 LPM หลัง on O<sub>2</sub> Box แล้วอาการไม่ดีขึ้น ดูแลอุปกรณ์ไม่ให้เลื่อนหลุด หักปั๊มหรือถอดมันเพราะจะทำให้ทารกขาดออกซิเจนได้
5. ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก ออกบวม เขียว มีเสมหะ ฟังเสียงปอดพบ secretion sound
6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดน้ำลายและเสมหะออกจากปาก ใช้แรงดันระหว่าง 80–100 mmHg.ใช้เวลาในการดูดเสมหะประมาณ 5-10 วินาที/ครั้ง ไม่ใส่สายดูดเสมหะลึกเกินไป เพราะหากใส่สายดูดเสมหะลึกเกินไปจะทำให้ทารกเกิดภาวะ Apnea จากการกระตุ้น Vagus nerve
7. ควบคุมอุณหภูมิกายให้อยู่ในระดับปกติ คือ 36.8-37.2°C เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ออกซิเจนในร่างกาย
8. ดูแลให้ยา Ampicillin 390 mg q 12 hr., Gentamicin 15 mg q 24 hr. เพื่อลดการติดเชื้อ
9. เฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ติดตามผล CXR, VBG หากพบผลผิดปกติรายงานแพทย์

#### การประเมินผล

1. ทารกริมฝีปากแดง ปลายมือปลายเท้าแดง O<sub>2</sub> saturation 96-100 %
2. หายใจทุเลาเหนื่อยไม่พบการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 40–60 ครั้ง/นาที
3. ผล VBG อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. Repeat ผล CXR No Infiltration

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ และเสี่ยงต่อติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ง่าย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกแรกเกิดหายใจหอบ ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการช่วยหายใจ RR 60 ครั้ง/นาที
2. ผล CBC WBC 21,400 Platelet 223,000 Neutrophils 77% Lymphocytes 19%,
3. ผล Chest X-ray : infiltration both lung

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อลดการติดเชื้อทางเดินหายใจ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกไม่มีอาการหรืออาการแสดงในการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ หายใจหอบ มีเสมหะ หายใจหยาบ
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 36.8-37.2 °C HR 120-160 /BPM RR 40-60/min
3. ผล CBC ปกติ และ ผล chest X-ray ปกติ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หรือตัวเย็น หายใจหอบ หยุดหายใจ ชีพ รับนมได้ไม่ดี ท้องอืด อาเจียน เบื่อ หรือเหลืองเป็นต้น หากผิดปกติรายงานแพทย์
2. วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
3. ดูแลให้ทารก NPO on 10% D/W 200 ml IV rate 10.6 ml/hr. และได้รับยา Ampicillin 390 mg q 12 hr. ,Gentamicin 15 mg q 24 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique โดยล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสทารก
5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายและทำความสะอาดสะดือวันละ 2 ครั้ง และทำความสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่าย
6. จำกัดการเข้าเยี่ยมให้เยี่ยมเฉพาะบิดามารดาเด็ก และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง
7. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล หากมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เจ็บคอ ให้ผู้ Mask ตลอดเวลาขณะให้การพยาบาลเด็ก ถ้ามีผื่นผื่นผื่นที่ผิวหนัง อูจาระร่วง ควรหยุดดูแลทารก เพราะอาจเป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคได้
8. เครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิดที่จะนำมาใช้กับทารกต้องทำความสะอาด ทำลายเชื้อตามมาตรฐาน
9. แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ของแต่ละคน
10. ติดตามและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

## การประเมินผล :

1. ทารก Active ดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสมหะ
2. ผล CBC ปกติ และผล H/C ปกติ
3. ผล chest X-ray ปกติ

## ระยะต่อเนื่อง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** มีโอกาสได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

## ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกจนมตั้งแต่แรกเกิด เริ่มให้นมทางสายยางในวันที่ 2 ของการรักษา
2. ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 10% D/W ในอัตรา 10.6 ml/hr.
3. มีภาวะที่ทำให้ทารกใช้พลังงานในร่างกายมากกว่าปกติ เช่น ภาวะหายใจลำบาก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ (อย่างน้อย 120-150 กิโลแคลอรี/กก./วัน)

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกมีความตึงตัวของผิวหนังดี
2. จำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับมีความสมดุลกับจำนวนน้ำที่ขับออกจากร่างกาย
3. ทารกไม่มีอาการสำรอก อาเจียนหรือท้องอืด และทารกมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 20-30 กรัม/วัน

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ดื่มน้ำและนมในระบะแรกตามสภาพของทารก และดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
2. ดูแลเริ่มให้นมทางสายยางตามแผนการรักษา ตรวจสอบการย่อยและการดูดซึมของลำไส้ก่อนให้นมทุกมื้อ โดยดูดนมที่เหลือน้ำค้างก่อน และจัดให้ทารกนอนศีรษะสูงก่อนและหลังให้นมทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำรอกนม และสังเกตอาการท้องอืด
3. ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่มารดาในการบีบนม เพื่อให้ทารกได้รับนมมารดาทางสายยางอย่างต่อเนื่อง เพราะน้ำนมมารดามีภูมิคุ้มกันโรคและสามารถป้องกันโรค Necrotizing enterocolitis ส่งเสริมให้ทารกดูดนมมารดาเองทันทีที่ทารกมีความพร้อม เช่น การดูดกลืนและการหายใจสัมพันธ์กัน อุณหภูมิร่างกายปกติ
4. ชั่งน้ำหนักทุกวัน ในสัปดาห์แรกทารกจะมี Physiological weight loss ประมาณ 10-20% ของน้ำหนักแรกเกิด หลังจากนั้นถ้าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่มีความเจ็บป่วยรุนแรง น้ำหนักของทารกจะเพิ่มขึ้นประมาณ 20-30 กรัม/วัน

5. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกายและน้ำที่ออกจากร่างกายเพื่อประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออก และสังเกตการขับถ่ายของทารกในแต่ละวัน
6. ประเมินภาวะที่บ่งบอกถึงอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ เช่น ผิวหนังเหี่ยวแห้งไม่ตึงตัว กระหม่อมหน้าบุ๋ม
7. ชั่งน้ำหนักตัวทารกในเวลาเดียวกันทุกวัน

#### การประเมินผล

1. ทารก Active ดี ผิวหนังตึงตัวดี
2. ปริมาณน้ำที่ทารกได้รับสมดุลกับจำนวนน้ำที่ถูกขับออกจากร่างกาย
3. ทารกรับนมได้ดี น้ำหนักแรกเกิด 3,900 กรัมและวันกลับบ้าน 4,120 กรัม

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** บิดามารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วยของบุตร

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. บิดามารดามีสีหน้าเคร่งเครียด วิตกกังวล มารดาร้องไห้เมื่อมาเยี่ยมบุตรครั้งแรก
2. บิดามารดาสอบถามอาการของบุตร แนวทางการรักษาและระยะเวลาการรักษา

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา

**เกณฑ์การประเมินผล :** บิดามารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาของทารก แสดงท่าทีจริงใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร พร้อมจัดให้ได้พูดคุยกับกุมารแพทย์ที่ทำการรักษา ถึงอาการที่เป็นและแนวทางการรักษา
2. ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาถึงอาการเจ็บป่วยของบุตร แผนการดูแลรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่ใช้กับการรวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่จำเป็นต้องให้ในช่วงนั้นๆ เช่น การใส่เครื่องออกซิเจนที่มีปริมาณสูง การใส่สายยาง การงดนม การเจาะเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
3. แจ้งอาการของทารกให้บิดามารดาทราบทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ และวันละ 1 ครั้งหลังแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการทุกวันหากไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง
4. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกของบิดามารดาและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของทารกและการที่ต้องอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

**การประเมินผล :** บิดา มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับทารกไม่ต่อเนื่องเนื่องจากถูกแยกรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

**ข้อมูลสนับสนุน :** ทารกแรกเกิดหายใจหอบ ถูกแยกรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. บิดามารดาให้ความร่วมมือในการเข้าเยี่ยมและมีปฏิสัมพันธ์กับทารกอย่างสม่ำเสมอ
2. ทารกได้รับการกระตุ้นสัมผัสโดยการพูดคุย ประสานสายตาและการดูแลจากบิดา มารดา

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้บิดามารดาทราบถึงเหตุผลที่ต้องแยกรักษาเพื่อสังเกตอาการแนวทางให้การดูแลรักษาเป็นระยะ
2. สนับสนุนให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกทุกวัน เปิดโอกาสให้บิดา มารดาได้สร้างสัมพันธภาพกับบุตรโดยการสัมผัสจับต้อง การสบตา การพูดคุยหรือการอุ้มเพื่อเป็นการกระตุ้นพัฒนาการตลอดจนการได้เปลี่ยนผ้าอ้อมหรือการเช็ดตัวให้ทารก

3. ให้การพยาบาลโดยสัมผัสสารด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยนเพื่อเป็นตัวอย่างแก่บิดา มารดา
4. สนับสนุนให้มารดาได้เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองโดยนัดเวลาให้มารดามาให้นมตามเวลา ส่วนในกรณีที่ทารกยังดูดนมเองไม่ได้ให้มารดาบีบนมใส่ถุงเก็บน้ำนมแช่ตู้เย็นในอุณหภูมิที่เหมาะสมไว้ให้ทารก
5. ต้องสังเกตปฏิกิริยาตอบโต้ของทารกเสมอว่าเพื่อช่วยแก้ปัญหาให้แก่ทารกให้เกิดความพึงพอใจ เช่น เมื่อทารกร้องไห้สังเกตดูว่าเกิดจากความหิว ความเจ็บปวดหรือความไม่สบายจากการเปลี่ยนผ้าอ้อม อุจจาระ เป็นต้นพร้อมทั้งให้การพยาบาลด้วยความรวดเร็วนุ่มนวลทุกครั้ง

#### การประเมินผล

1. บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล
2. ทารกได้รับการกระตุ้นสัมผัสพูดคุย ประสานสายตาและการดูแลจากบิดามารดาอย่างสม่ำเสมอ

#### ระยะจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

**วัตถุประสงค์ :** บิดามารดาเข้าใจและมีความมั่นใจในการดูแลบุตร

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. บิดามารดาไม่กล้าอุ้มบุตร บอกว่ากลัวอุ้มไม่ได้เพราะไม่ได้อุ้มเด็กแรกเกิดมาหลายปี กลัวตก
2. มารดาอุ้มทารกดูตนเองไม่ถูกวิธี
3. สอบถามวิธีการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน มารดาตอบไม่ได้

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. บิดามารดามีความมั่นใจในการดูแลบุตร
2. มารดาสามารถดูแลให้นมและทำความสะอาดร่างกายบุตรได้ถูกวิธี
3. บิดามารดา สามารถบอกวิธีการดูแลบุตรได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ เช่น การสังเกตอาการผิดปกติของบุตรที่ต้องพามาพบแพทย์ได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร
2. สอน สาธิตให้มารดาฝึกปฏิบัติและประเมินย้อนกลับจนปฏิบัติได้ในเรื่องต่อไปนี้ การอุ้มบุตร การให้นมบุตร การบีบเก็บน้ำนม และการดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การเช็ดตา สะดือ
3. แนะนำให้นมมารดาอย่างเดียว 6 เดือน โดยไม่ต้องให้น้ำตามและเลี้ยงนมมารดาได้นานถึง 2 ปี
4. แนะนำให้ล้างมือก่อนและหลังดูแลสัมผัสทารก
5. แนะนำการให้อาหารเสริมตามวัยและรับวัคซีนตามนัด
6. แนะนำหลักเลี้ยงปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อปอดของทารกและทำให้ทารกมีอาการทรุดลง เช่น ควันไฟ ควันบุหรี่ป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
7. แนะนำบิดา มารดากระตุ้นประสาทสัมผัสทารกทางด้าน สายตา การได้ยิน การสัมผัส การรับรส
8. แนะนำบิดา มารดาให้ทราบถึงอาการที่ทารกได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น น้ำหนักขึ้นคงที่หลับเป็นระยะเวลานานหลังได้รับนม แบบแผนการนอนหลับสม่ำเสมอ
9. แนะนำบิดา มารดาพาทารกมาตรวจและมารับวัคซีนตามนัด
10. แนะนำมารดาอ่านข้อมูลความรู้ในสมุดบันทึกสุขภาพ และคู่มือส่งเสริมพัฒนาการ
11. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก ออกบูมเขียว หายใจมีเสียงดัง กระสับกระส่าย ตัวลาย
12. แนะนำสังเกตอาการที่แสดงว่าทารกมีการติดเชื้อ เช่น ทารกมีไข้ ซึม ดูตนเองไม่ดี ท้องอืด อาเจียน หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง
13. หากมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลทารก สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ที่ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

#### การประเมินผล

1. บิดา มารดามีความมั่นใจในการดูแลบุตรเช่น การทำความสะอาดร่างกายและสะดือได้ถูกวิธี



2. มารดาอุ้มบุตรอย่างมั่นใจและนำบุตรเข้าเต้าเพื่อดูดนมได้ถูกวิธี
3. บิดา มารดาสามารถบอกวิธีการดูแลบุตรได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ เช่น การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร และอาการที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ได้

### สรุปกรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดเพศหญิง คลอดปกติ น้ำหนัก 3,900 กรัม หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง จึงย้ายทารกจากห้องคลอดไปหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ให้การรักษาโดยออกซิเจนชนิดแบบกล่องครอบศีรษะ สังเกตอาการครบ 2 ชั่วโมง ทารกเริ่มหายใจหอบชายโครงบวม แพทย์จึงพิจารณาจนมและน้ำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาฆ่าเชื้อ ต่อมาทารกหายใจหอบชายโครงบวมมากขึ้น แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง 3 วันการหายใจเป็นปกติจึงยุติการให้ออกซิเจน ทารกอาการดีขึ้นตามลำดับ ตัวชมพู การเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีไข้ หายใจสม่ำเสมอปอดไม่มีเสียงผิดปกติ ผล Chest X-Ray ปกติ รับนมได้ ไม่อาเจียน ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลปัญหาทางการพยาบาลคือ ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจและเสี่ยงต่อติดเชื้อซ้ำซ้อนได้ง่าย การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร การสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับทารกไม่ต่อเนื่อง บิดามารดาขาดความมั่นใจในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ปัญหาต่างๆได้รับการแก้ไข ผลลัพธ์ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 7 วัน

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพราะเป็นผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว และให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันทีจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลควรมีการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะปอดอักเสบอย่างสม่ำเสมอพร้อมทั้งมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา รวมถึงทักษะการใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ควรมีบทวนการดูแลผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพ และนำผลที่ได้จากการทบทวน มาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยเร็ว และช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้

### สรุป

ทารกปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว หรือติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญจะต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลทารกแรกเกิด นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม สมวัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากกรณีศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจได้

### เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์, 2562.
2. Ramezani M, Aemmi SZ, Moghadam ZE. Factors Affecting the Rate of Pediatric Pneumonia in Developing Countries: a Review and Literature Study. Int J Pediatr 2015;3(6.2):1173-81.
3. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร, 2556.
4. พรทิภา พุทธินันท์โสภาส, เรณู พุกบุญมี, ทิพวัลย์ ดารามาต. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดทำนอนเพื่อเพิ่มระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดของทารกแรกเกิดที่ต้องใช้ออกซิเจน. ราชบัณฑิตยสถานสาร 2560;19(1),1-15.



5. กัลยพันธ์ นิยมวิทย์, สุภา คำมะฤทธิ์. การพยาบาลเพื่อลดการค้างค้ำของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2562;30(1):216-25.
6. กำธร มาลาธรรม, ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. คู่มือปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. สถาบันบำราศนราดูร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2559.
7. เกียรติศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลทารกแรกเกิดและครอบครัวด้วยความเมตตา. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Practice Towards Good Outcomes. กรุงเทพฯ : อินเทอร์เน็ตซัพพลาย (ประเทศไทย), 2565. หน้า 267-78.
8. วีณา จีระแพทย์. ข้อมูลใหม่ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Practice points and Update in Neonatal Care. กรุงเทพฯ : แอคทีฟ พรินท์, 2562. หน้า 37.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564-2566. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร, 2564-2566.



## Nursing care of Peptic Ulcer Perforation with Septic shock : A case study

Wassana Lumphoeiphon, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Peptic ulcer disease (PUD) perforation is a significant cause of mortality among PUD patients. Patients often present to the hospital with sudden severe abdominal pain, necessitating emergency surgery. Delayed assessment and diagnosis can lead to severe complications and mortality, such as bloodstream infections. Effective nursing care can prevent patients from developing severe complications.

**Objective :** To provide nursing guidelines for patients with PUD perforation complicated by septic shock.

**Case Study :** An 84-year-old Thai female with a medical history of diabetes, hypertension, and stroke, admitted to a hospital in Kamphaeng Phet, presented with sudden severe lower abdominal pain and dark stool. She was initially treated at a local hospital but was referred due to worsening symptoms. On admission, she was in shock with cold extremities, a temperature of 38.2°C, heart rate of 128 bpm, respiratory rate of 26 bpm, and blood pressure of 80/60 mmHg. Initial diagnosis was hollow viscus organ perforation. She received antibiotics, Levophed to stimulate blood pressure, and underwent an exploratory laparotomy with simple suture and omental patch. Within the first 24 hours post-surgery, she experienced unstable vital signs with AF with RVR, treated with Amiodarone. Mechanical ventilation was initiated and discontinued after 3 days. Significant nursing problems included septic shock, ineffective breathing due to decreased sensorium, post-operative complications, tachyarrhythmia, anemia from gastrointestinal bleeding, wound pain, electrolyte imbalance, fever, patient and family anxiety, and patient's limited ability to assist herself due to weakness. Nursing care was divided into crisis and continuous care phases, addressing the identified problems until the patient's condition stabilized, allowing transfer back to the general ward. Total hospital stay in the critical care unit was 6 days (9 days overall).

**Conclusion :** The patient safely recovered from septic shock due to perforated peptic ulcer without additional complications, thanks to skilled nursing care and prompt post-operative monitoring and intervention. This case study can serve as a guideline for nursing care for similar cases in the future.

**Keywords :** Nursing care, peptic ulcer disease perforation, septic shock.

---

\*Register nurse Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

วาสนา ลำเพยพล, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคแผลกระเพาะอาหารทะลุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยโรคแผลกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาล ด้วยอาการปวดท้องรุนแรงเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน และหากได้รับการประเมิน และวินิจฉัยล่าช้า จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเสียชีวิตได้ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด การให้พยาบาลที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองตีบมา 6 เดือน รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องได้ลิ้นปี่ ถ่ายดำ 2 ครั้ง ไปรักษาที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน อาการไม่ทุเลาญาติจึงพามาโรงพยาบาล แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีปวดท้องได้ลิ้นปี่มาก มีอาการช็อก ปลายมือปลายเท้าเย็น อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท วินิจฉัยแรกรับ Hollow viscus organ perforation ได้ยาปฏิชีวนะ ยา Levophed กระตุ้นความดันโลหิต ทำ Film acute abdomen พบ free air under diaphragm ได้รับการผ่าตัด Explore lap with simple suture with omental patch ย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักรวมหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก สัญญาณชีพยังไม่คงที่ หัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว ได้รับยา Amiodarone ทางหลอดเลือดดำ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ได้รับการประเมินถอดท่อช่วยหายใจได้ 3 วัน ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากกระเพาะอาหารทะลุ 2) การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกลดลง 3) เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารซ้ำหลังผ่าตัด 4) มีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะชนิดสั้นพลิ้ว 5) ซีดเนื่องจากมีถ่ายดำ 6) ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด 7) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 8) ไม่สุขสบายจากอาการไอ 9) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 10) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เนื่องจากมีแขนขาอ่อนแรงมีข้อจำกัดจากการต้องใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ 11) เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย วางแผนการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะวิกฤต และระยะการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู โดยในแต่ละระยะ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานครอบคลุมแบบองค์รวม ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนพ้นภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อาการคงที่จนสามารถย้ายกลับตึกสามัญได้ ระยะเวลารักษาในห้องผู้ป่วยหนักรวม 6 วัน (รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 9 วัน)

**สรุปผลการศึกษา:** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากกระเพาะทะลุ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม จากทีมพยาบาลที่มีทักษะความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด และเฝ้าระวังติดตามประเมินอาการ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การรักษาทันที่ จากกรณีศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

**คำสำคัญ :** การพยาบาล โรคกระเพาะอาหารทะลุ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

## บทนำ

แผลกระเพาะอาหารทะลุ (Peptic Ulcer Perforation) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญ พบบ่อยเป็นอันดับสองของโรคแผลในกระเพาะอาหารรองจากภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร จัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมอย่างหนึ่ง โดยมีอุบัติการณ์ของภาวะแผลเปื่อยทางเดินอาหารทะลุอยู่ระหว่าง 4-11 ต่อประชากรแสนราย<sup>1</sup> พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 10-30<sup>1-2</sup> สำหรับสถิติในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563-2565 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นอัตรา 0.9, 1.1, และ 1.5 ตามลำดับ<sup>3</sup> และมีอัตราการเสียชีวิตจากแผลกระเพาะอาหารทะลุและลำไส้เล็กส่วนต้นทะลุ 0.9, 1.1 และ 1.5 ต่อแสนประชากรต่อปีตามลำดับ<sup>4</sup> ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคแผลกระเพาะอาหารทะลุ ได้แก่ การติดเชื้อเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร (*Helicobacter pylori*) การรับประทานยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และภาวะที่มีการหลั่งกรดมากเกินไป<sup>2</sup> เมื่อภาวะของโรคดำเนินเป็นแผลลึกมีการทะลุของกระเพาะอาหาร และเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบมีเชื้อแบคทีเรีย เศษอาหาร หรือกรดในกระเพาะอาหารสัมผัสกับโพรงช่องท้อง จนทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด หากผู้ป่วยได้รับการรักษาช้าเกิน 12-24 ชั่วโมงเพิ่มอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30<sup>5</sup> และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อในช่องท้อง ท้องอืด ลำไส้อุดตัน แผลติดเชื้อและแผลแยก และเพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หากเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง รักษาไม่ทัน อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้<sup>1,2,5</sup>

จากสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุจำนวน 94,152 และ 84 ราย ตามลำดับ และมีอัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 13.83, 12.5 และ 16.67 ตามลำดับ<sup>6</sup> โดยผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดช่องท้องอย่างเร่งด่วน เพื่อยับยั้งบริเวณแผล และยังพบเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อกจากพร่องสารน้ำ ในผู้ป่วยบางรายที่เข้ารับการรักษาล่าช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังการผ่าตัด และเสียชีวิตได้ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญดังกล่าว พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีบทบาทที่สำคัญในการติดตาม ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันทีตามที่ตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน<sup>7-9</sup> กรณีศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถประเมินปัญหา ความต้องการ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ

### อาการสำคัญ

ปวดจุกท้องใต้ลิ้นปี่ ได้ชายโครงขวาและซ้าย 8 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมา ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ได้ชายโครงซ้าย ถ่ายดำ 2 ครั้ง ไปรักษา รพ.สต. ใกล้บ้าน ได้ฉีดยาแก้ปวด 1 เข็ม และได้ยากลับไปรับประทานที่บ้านอาการทุเลา

8 ชั่วโมงก่อนมา ปวดจุกท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่ได้ชายโครงขวาและซ้าย มากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง ไม่มีถ่ายเหลว ญาติจึงพามา โรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง 10 ปี และโรคเส้นเลือดในสมองตีบ 6 เดือน รับประทานยา ASA (81) 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหาร ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการดื่มสุราและสูบบุหรี่

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา

การวินิจฉัยโรค : Gastric ulcer perforation with septic shock

การผ่าตัด : Explore lap with simple suture with omental patch

Intra operative finding: Prepyloric gastric ulcer perforation size 1 cm at anterior wall of stomach with scar around ulcer, moderate amount of dirty abdominal collection, no gastric mass/vein drip or mass

## ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ปกติ น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 24.97 kg/m<sup>2</sup>

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 113/49 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : แกร็บยังไม่รู้สึกตัวเนื่องจากได้รับยานาสูบลบ

ผิวหนัง : ผิวกายเย็นชื้น ผิวดวงสี ไม่มีจ้ำ ไม่มีผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ผสมสันสีดำแซมหูกขาว ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตาทั้งสองข้าง สมมาตรกัน มองเห็นปกติ ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและการหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน On ET-tube no.7.5 mark 22 with ventilator หายใจสัมพันธ์ตามเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 14 ครั้ง/นาที ปอดทั้งสองข้างฟัง clear

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ ไม่มีเสียง Murmur อัตราการเต้นของหัวใจ 128 ครั้ง/นาที ชีพจรเบาเร็ว ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : มีแผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม NPO ใส่ NG ต่อ bag no content ท้องไม่อืดตึง

กล้ามเนื้อและกระดูก : แนวกระดูกสันหลังตรง กล้ามเนื้อ แขน-ขาซ้ายอ่อนแรง gr. IV ข้อไม่มีการอักเสบ

ทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงไว้ สีเหลืองเข้มเล็กน้อยไม่มีตะกอน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : มีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้าน้ำคิ้วขมวด ปวดท้องไม่หาย

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ	22/06/66	23/06/66	24/06/66	25/06/66	26/06/66	27/06/66	28/06/66	29/06/66
Calcium (mg/dl)	7.7	8.3	-	-	-	-	-	-
Potassium (mmol/L)	3.9	3.7	-	2.8	2.9	3.8	-	-
Magnesium (mg/dl)	1.3	-	-	1.6	1.8	2	-	-
Phosphorus (mg/dl)	-	-	-	1.4	2.9	-	-	-
Hct. (%)	16.3%, 25%	28.5%, 31%	27.9%, 32%	28.4% -	- -	- -	- -	- -
Blood lactate	3.7, 3.4	2.3, 1.6	- -	- -	- -	- -	- -	- -

## ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

**Chest X-ray:** Normal

ถ่ายภาพรังสีทางช่องท้อง (Film acute abdomen) : free air under diaphragm abdomen mild distension generalized tender guarding + rebound us seen free fluid hepato splenorenal, cul de sac

## สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 22 ธันวาคม 2566 แกร็บห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี On O2 Mask with Bag 10 LPM หายใจเร็วขึ้น RR= 26 ครั้ง/นาที O2 sat= 100% มีอาการปวดท้องมากบริเวณใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง ถ่ายดำ 2 ครั้ง ตรวจร่างกาย Per Rectum พบเป็น melena HCT= 16.3% ได้ PRC 2 Unit ด่วน ความดันโลหิตต่ำ 80/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร เบาเร็ว 120-130 ครั้ง/นาที Blood lactate= 3.7 มิลลิโมลาร์ Load 0.9% NSS 1,500 ml On Levophed (1:25) vein titrate keep MAP  $\geq$  65 มิลลิเมตรปรอท Film acute abdomen พบ free air under diaphragm ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทุก 24 ชม. Metronidazole 500 มิลลิกรัม



ทุก 8 ชั่วโมง ศัลยแพทย์วางแผนผ่าตัดด่วน ผล LAB Mg 1.3 mg/dL ได้รับยา 50%MgSO<sub>4</sub> 8 ml+ 5%D/W 100 ml vein drip x3 วัน มี Ca 7.7 mg/dl. ได้รับยา 10%calcium gluconate 50 ml + NSS 450 ml vein drip ติดตามผลระดับ Ca 8.3 mg/dl แพทย์ศัลยกรรมให้ Set OR for explore laparotomy emergency

**วันที่ 23 ธันวาคม 2566** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องเย็บปิดรูกระเพาะอาหารทะลุ (Explore lap to simple suture with omentum patch) ย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักรวม On ET-tube no.7.5 mark 22 with ventilator setting PCV mode Pi=16 RR=14 PEEP=5 FiO<sub>2</sub>=0.4 ใส่ NG ต่อ bag no content ท้องไม่อืดตึง แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ยังได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Levophed (1:25) vein titrate keep MAP  $\geq$  65 มิลลิเมตรปรอท HCT=28.5% ได้ PRC 1 Unit ต่อมาผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ปวดแผลมาก Pain Score 10 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg vein ความดันโลหิต= 113/49 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat=100%

**วันที่ 24 ธันวาคม 66** ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี On ET-tube no.7.5 mark 22 with ventilator PCV mode Pi=16 RR=14 PEE= 5 FiO<sub>2</sub>=0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง HCT=27.9% ได้รับ PRC 1 unit หลังเลือดหมด HCT=32% ผู้ป่วยปวดแผล Pain Score 4-8 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg vein prn

**วันที่ 25 ธันวาคม 66** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ไม่เจ็บหน้าอก Monitor EKG show AF with RVR ชีพจรเบาเร็ว 150-170 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต=110/70 มิลลิเมตรปรอท ทำ EKG 12 lead Consult อายุรแพทย์ส่งเลือดตรวจ E'lyte, TFT ก่อนให้ยา Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml vein load หลังได้รับยา 30 นาที EKG ยัง show AF with RVR ชีพจร 150-160 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต=120/75 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้ Amiodarone 900 mg + 5%DW 500 ml vein drip in 24 มี K ต่ำ 2.8 และ PO<sub>4</sub> ต่ำ 1.4 ได้รับ 0.9% NaCl 1,000 ml+K<sub>2</sub>PO<sub>4</sub> 40 mEq vein drip 60 ml/hr และ Mg ต่ำ 1.6 ได้รับ 50%MgSO<sub>4</sub> 8 ml + 5%D/W 100 ml vein drip in 4 hr x 2 วัน

**วันที่ 26 ธันวาคม 66** ผู้ป่วยอาการคงที่ รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ Monitor EKG show NSR ชีพจร=70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต=100/70 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ Off ยา Amiodarone ผล K=2.9 ได้รับ 0.9% NaCl 1,000 ml + KCL 40 mEq vein drip 60 ml/hr ประเมินการหย่าเครื่องช่วยหายใจตามแนวทาง Try wean ventilator setting CPAP mode PS=7, PEEP=5 สัญญาณชีพปกติขณะ weaning และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ On O<sub>2</sub> HFNC 40 LPM FiO<sub>2</sub> 0.4 และวันต่อมาสามารถ On O<sub>2</sub> Mask with Bag 10 LPM ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR 16-20 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat=99-100%

**วันที่ 27 ธันวาคม 66** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ผลตรวจเลือด K= 3.8 Mg= 2.2 ได้รับ 0.9% NaCl 1,000 ml vein drip 60 ml/hr ลดการใช้ออกซิเจน Cannula 4 LPM ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR 14-18 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat=99% เริ่มให้จิบน้ำ ไม่มีท้องอืด

**วันที่ 28 ธันวาคม 66** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ได้รับการลดการใช้ออกซิเจน Cannula 3 LPM ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR 14-18 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat=99% เริ่มรับประทานอาหารเหลวไม่มีท้องอืด ย้ายกลับตึกศัลยกรรมหญิงได้

**วันที่ 30 ธันวาคม 66** ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ได้รับการลดการใช้ออกซิเจนสำเร็จ หายใจเอง RR 14-18 ครั้ง/นาที เริ่มรับประทานอาหารอ่อนได้ดี ไม่มีท้องอืด แพทย์จึงวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

**วันที่ 31 ธันวาคม 66** แพทย์ให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ ทำแผลวันละครั้ง ตัดไหม 10 วัน และมีนัดตรวจซ้ำ 2 สัปดาห์

#### การวางแผนการพยาบาล<sup>7,8,9</sup>

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญขณะรักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักรวม โดยแบ่งการพยาบาลเป็น 2 ระยะ คือ 1) การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต 2) การพยาบาลผู้ป่วยระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู

#### การพยาบาลระยะวิกฤต

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 :** ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากกระเพาะอาหารทะลุ

#### ข้อมูลสนับสนุน

- Film acute abdomen พบมีลมรั่วในช่องท้องบริเวณใต้กระบังลม (free air under diaphragm)
- Blood lactate= 3.7 มิลลิโมลาร์

- T= 38.2 °C อัตราชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/64 มิลลิเมตรปรอท
- SOFA Score= 8 คะแนน urine output 50 cc/ 8 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่ายตัวเย็น สัญญาณชีพปกติ T= 36.5-37.5 °C, HR<120 ครั้ง/นาที RR<24 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> sat≥95% SBP≥90 มิลลิเมตรปรอท หรือ MAP≥ 65 มิลลิเมตรปรอท
2. Urine output >0.5 cc/kg/hr WBC≤12,000 cell/mm Blood lactate<2 มิลลิโมลาร์

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ได้แก่ สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) บันทึกทุก 15 นาที จน MAP ≥ 65 mmHg เปลี่ยนเป็นทุก 1 ชั่วโมง และบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการเริ่มคงที่ ตามแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Sepsis
2. ติดตามเจาะ blood lactate เพื่อประเมินสภาวะเซลล์ในร่างกายขาดออกซิเจน
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm ทันทีหลังเก็บเลือดและส่งเพาะเชื้อและยา Metronidazole 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
4. ประเมินและแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ดูแล On ET-tube no.7.5 mark 22 with ventilator PCV mode PC 16 RR 14 PEEP 5 FiO<sub>2</sub> 0.4 ตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ On 0.9% NaCl vein drip 100 ml/hr. ต่อเนื่องหลังได้รับการ load จาก ER เพื่อให้ได้รับสารน้ำเพียงพอจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ยังคงมี MAP ≤ 65 mmHg ดูแลให้ On Levophed (1:25) vein drip titrate keep MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท ตามแผนการรักษาทั้งเฝ้าระวังและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
6. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต โดย keep urine output ≥ .05 ml/kg/hr หากปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนดต้องรายงานแพทย์
7. ติดตามผล CBC, Sputum culture, H/C และผลเพาะเชื้อในช่องท้อง เพื่อยืนยันแพทย์ให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเหมาะสมกับผลเพาะเชื้อ

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี T=36.5-37.8 °C, HR 98-110 ครั้ง/นาที, RR<16-18 ครั้ง/นาที, O<sub>2</sub> sat 96-100%, MAP≥ 65-88 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกเฉลี่ย 320- 500 ml, Blood lactate=1.6, ผล WBC=8,900 cell/mm, NE%= 72.6

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และหลังผ่าตัดในวันแรกผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากได้รับยานาสูบลหายใจเองยังไม่ได้ PCV mode PI=18 RR=16 PEEP=5 FiO<sub>2</sub>=1.0

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพปกติระดับความรู้สึกตัวปกติ
2. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องได้ดีหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที ชีพจร < 100 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนมากกว่า 95% จังหวะการเต้นของหัวใจปกติสม่ำเสมอ
3. ผล arterial blood gas พบ pH = 7.35 - 7.45, PaCO<sub>2</sub> = 35-45 mmHg, HCO<sub>3</sub> = 18 - 23 mmol/L

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ สังเกตอาการกระสับกระส่าย จากภาวะพร่องออกซิเจน สังเกตอาการเขียวตามปลายมือ-เท้า เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤต

2. จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น ดูแลให้การพยาบาลตามแนวทางป้องกันการเกิดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลเสมหะให้เมื่อจำเป็น

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอบนเตียง Absolutes Bed rest เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

4. ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ ปรับ Setting ตามแผนการรักษา PCV mode PI=18 RR=16 PEEP=5 FiO2=1.0 ในระยะแรกหลังแก้ปัญหาและปรับลดลง FiO2=0.4 Keep SaO2 $\geq$ 95 ติดตามเฝ้าระวังค่าความเปลี่ยนแปลง บันทึกค่าการทำงานต่าง ๆ ของเครื่องช่วยหายใจทุกเวร

5. ให้ข้อมูลการรักษาความจำเป็นในการใส่ท่อและการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล เนื่องจากความวิตกกังวลมีผลต่อการใช้ออกซิเจน

6. ประเมินและติดตามความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หลังผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 48 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจเท่ากับ 14-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 88-96 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> Sat 99-100% ผล arterial blood gas ซ้ำ พบ pH 7.40, PaCO<sub>2</sub> = 32 mmHg, HCO<sub>3</sub> = 18.0 mmol/L. สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอด ท่อช่วยหายใจได้วันที่ 3 ของการรักษา

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 :** ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติชนิดสั่นพลิ้ว

**ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยมีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น EKG show AF with RVR HR=150-170 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต=110/70 มิลลิเมตรปรอท

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล :** ผู้ป่วยปลอดภัยภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. EKG NSR ความดันโลหิต>90 mmHg
2. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น No chest pain

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด เป็นลม และอาการแสดงของภาวะ pulmonary edema เช่น หายใจลำบากเมื่อนอนราบ เสมหะเป็นฟองสีชมพู รายงานแพทย์ทราบ

2. ดูแลให้ยาต้านการเต้นผิดปกติ Amiodarone 150 mg + 5% DW 100 ml vein load then Amiodarone 900 mg + 5%DW 500 ml vein drip in 24 hr ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ใจสั่น เวียนศีรษะ เป็นลม ตาพร่า ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

3. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างใกล้ชิด โดยติด EKG monitor, ทำ EKG 12 lead เพื่อหาชนิดของหัวใจเต้นผิดปกติ และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ

4. ประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ว่าเพียงพอหรือไม่ วัดสัญญาณชีพทุก ½ - 1 ชั่วโมง หากพบว่าผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

5. ให้ผู้ป่วยพักผ่อน Bed rest และดูแลภาวะพร่องออกซิเจนดูแลให้ได้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและรถ emergency พร้อมใช้งานเนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ cardiac arrest ได้

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Monitor EKG show HR=70-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต=100/70 มิลลิเมตรปรอท

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 :** มีภาวะซีด

#### ข้อมูลสนับสนุน

- หลังจากได้ PRC 2 Unit ตัวนจากห้องฉุกเฉิน หลังเลือดหมดได้ HCT=28.5% มือเท้าเย็น
- มีถ่ายสีดำ 1 ครั้ง

**วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล :** ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีด

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. Hct > 30 %
2. ไม่ปวดท้อง ไม่ถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายดำ NG content ไม่เป็น coffee ground

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนผู้ป่วยอาการอยู่ในเกณฑ์ปกติจึงประเมินต่อทุก 1 ชั่วโมง
2. ดูแลผู้ป่วยให้ดื่มน้ำและอาหาร และให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 2 ยูนิต เพิ่มจาก ER ตามแผนการรักษา เนื่องจาก Hct ยัง drop และผู้ป่วยยังมีถ่ายดำ แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบความจำเป็น และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด และให้ลงนามยินยอมให้เลือด
4. ประเมินอาการ และอาการแสดงของการแพ้เลือด ได้แก่ ไม่สบาย ผื่นคันแดง ไข้หนาวสั่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเบาเร็ว พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ ปัสสาวะออกน้อยลง
5. ติดตามผล Hct ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พร้อมทั้งสังเกตจำนวนเลือดที่ออกจากสาย NG tube การอาเจียน การถ่ายอุจจาระ พร้อมทั้งรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง

**ประเมินผลการพยาบาล :** ติดตามค่า Hct= 32% ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ไม่ถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายดำ NG content สีเหลือง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 :** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารซ้ำหลังผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด explore lap with simple suture with omental patch

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารซ้ำหลังผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม
2. HCT > 30 %
3. ไม่ถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายดำ NG content ไม่เป็น coffee ground
4. ไม่ปวดท้อง ท้องกด Soft ไม่มีอาการแน่นอึดอัดท้อง ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนถึง 24 ชม. เพื่อประเมินอาการและภาวะช็อกหลังผ่าตัด
2. สังเกตอาการ Observe abdominal sign bleeding เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็นท้องอืด แผลหน้าท้องมีเลือดซึม
3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS ทางหลอดเลือดดำและ PRC เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำและเลือด ในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด
4. Record Drain, bleeding จากแผลผ่าตัด
5. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ภายหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อย 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ เพื่อประเมินภาวะช็อก

**ประเมินผลการพยาบาล**

แผลผ่าตัดหน้าท้องปิดก๊อชไว้ไม่มีเลือดซึม HCT=32% NG content ไม่เป็น coffee ground ท้องกด Soft ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ถ่ายเป็นเลือด หรือถ่ายดำ

**การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู**

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 :** ผู้ป่วยไม่สบายจากปวดแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด explore lap with simple suture with omental patch
- ผู้ป่วยมีดินกระสับกระส่ายบางครั้ง ประเมิน VAMASS=4C และประเมิน CPOT=6 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดแผล พักหลับได้
2. สัญญาณชีพปกติ VAMASS=3A, CPOT น้อยกว่า 4 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความไม่สบาย ปวดแผลผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือ CPOT และ VAMASS เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจสื่อสารไม่ได้ ทุก 4 ชั่วโมง หรือทุกครั้งหลังได้รับยาแก้ปวด
2. ดูแลให้ยาแก้ปวด Fentanyl 50 mcg vein prn. ทุก 2 ชั่วโมงตามแผนการรักษา
3. เฝ้าระวังติดตามสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง หลังได้รับยา Fentanyl เช่น ถ้าความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์
4. จัดท่านอน Semi fowler' position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน ลดอาการตึงและปวดแผลผ่าตัด
5. ดูแลไม่ให้มีการดึงรั้งบริเวณแผลผ่าตัด หรือปิดพลาสติกแน่นเกินไปจนผู้ป่วยไม่สบาย
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เพียงพอ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยพักหลับได้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่บ่นปวดแผล VAMASS=3A และ CPOT=2 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน : โพแทสเซียม=2.8 mmol/l ฟอสฟอรัส= 1.4 mg/dl แมกนีเซียมต่ำ =1.6 mg/dl แคลเซียมต่ำ 7.7 mg/dl

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก ชักเกร็ง
2. ค่าโพแทสเซียม 3.5-4.5 mmol/l ค่าฟอสฟอรัส 2.5-4.5 mg/dl ค่าแมกนีเซียม =1.9-2.5 mg/dl และแคลเซียม 8.8-10.6 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ประเมินอาการและอาการแสดงของอิเล็กโทรไลต์ที่ต่ำกว่าปกติ คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน คลื่นไส้อาเจียน หัวใจเต้นผิดปกติเต้นเร็วหรือช้า คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแสดงผล U wave
2. ดูแลให้รับยา 0.9% NaCl 1,000 ml.+K2PO4 40 mEq vein drip 60 ml/hr และเฝ้าระวังติดตามผลข้างเคียงของยา เช่น หัวใจเต้นผิดปกติหวัะ
3. ดูแลให้ได้รับยา 50%MgSO4 8 ml + 5%D/W 100 ml vein drip in 4 hr. x 3 วัน
4. ดูแลให้ได้รับยา 10%calcium gluconate 50 ml + NSS 450 ml vein drip r 50 ml/hr ใน 2 hr.
5. Monitor EKG และ EKG 12 leads สังเกตและตรวจสอบ QRS, PR, QT interval และ ST segment หรือ U wave และรายงานแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ
6. ติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ และรายงานแพทย์ให้ทราบโดยเร็วในกรณีที่ผิดปกติ

ประเมินผลการพยาบาล

หลังได้รับการรักษาแก้ไขอิเล็กโทรไลต์กลับมาปกติ แคลเซียม=8.3 mg/dl, ฟอสฟอรัส= 2.9 mg/dl โพแทสเซียม=3.8 mmol/l และแมกนีเซียม=2 mg/dl รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก ชักเกร็ง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : ไม่สบายจากอาการไอ

ข้อมูลสนับสนุน : วันที่ 22 ธันวาคม 66 อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส ผิวกายร้อน สีหน้าไม่สบาย ดูอ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสบาย



## 2. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส

### กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย และประคบผ้าเย็นบริเวณศีรษะและหน้าอก
2. ให้ยา Paracetamol suppo 125 mg prn for fever ทุก 4-6 ชั่วโมงเพื่อลดอุณหภูมิกายให้ปกติ
3. ดูแลการทำงานเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ลดการเผาผลาญอาหารของร่างกาย
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เช่น ปิดไฟ ไม่ให้มีเสียงรบกวนผู้ป่วย เพื่อผู้ป่วยจะได้นอนหลับพักผ่อนได้
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
6. ประเมินวัดไข้ซ้ำหลังได้รับยา

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น อุณหภูมิร่างกาย 36 – 37.5 องศาเซลเซียส

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

บุตรสาวของผู้ป่วยถามว่า “แม่จะหายไหม” “วันนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง ดีขึ้นไหมคะ ” ผู้ป่วยพยายามตื่นเป็นพักๆ บุตรสาวผู้ป่วยวิตกกังวล มีสีหน้าหงุดหงิด

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยการพูดคุย ด้วยวาจาสุภาพ มีกิริยาที่เป็นมิตร เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกด้วยความตั้งใจ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของโรคแผนการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความสงสัย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ทราบก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลการรักษาและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
4. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล
5. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการสอบถาม

ผู้ป่วยและญาติ

### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล ผู้ป่วยดูสดชื่นขึ้น รับทราบ และเข้าใจแผนการรักษา ให้ความร่วมมือทุกครั้งในการรักษาพยาบาล

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เนื่องจากมีแขนขาอ่อนแรงมีข้อจำกัดจากการต้องใส่อุปกรณ์ต่างๆ

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยแขน-ขา ซ้ายอ่อนแรง grade IV, Braden scale= 10 คะแนน
- ใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ ได้รับการต่ออุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ

วัตถุประสงค์การพยาบาล: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันครบถ้วน

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยร่างกายและสิ่งแวดล้อมสะอาด รับอาหารทางสายยางได้ ขับถ่ายปกติ ได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันครบถ้วน



## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากน้อยเพียงใด
2. ช่วยผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันให้ในช่วงระยะแรกๆ แล้วสอนญาติให้ทำกิจวัตรประจำวัน ตามความสามารถ เช่น การช่วยพลิกตะแคงตัว แปรงฟัน อาบน้ำผู้ป่วยบนเตียง เก็บและเช็ดทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย
3. แนะนำฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดโดยเริ่มจากท่าที่ง่ายและมีความจำเป็นก่อนและให้ญาติมีส่วนช่วยผู้ป่วยบางขั้นตอน และปรึกษาเจ้าหน้าที่กายภาพช่วยสอนเพิ่มเติม
4. พลิกตะแคงตัวและจัดท่านอนเตียงให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และสอนแนะนำให้ญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่า
5. ดูแลความสะอาดบนเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบตัวและเตียงผู้ป่วย

## ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยร่างกายสะอาด ขั้วถ่ายปกติ รับอาหารทางปากได้ ไม่มีอาเจียน ไม่มีแผลกดทับ พักหลับได้

## การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11 : เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย

### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน 3 วัน
- On O2 Canular 3 LPM

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะเคลื่อนย้าย

### เกณฑ์การประเมิน

ไม่เกิดอุบัติเหตุการล้มไม่พึงประสงค์ระหว่างการเคลื่อนย้าย ได้แก่ พลัดตกหกล้ม การหายใจล้มเหลวหรือภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia) เครื่องมือไม่พร้อมใช้เช่น ออกซิเจนหมด แบตเตอรี่หมดหรือเสื่อมสภาพ

## กิจกรรมการพยาบาล

1. แพทย์และพยาบาลเจ้าของใช้ตัดสินใจร่วมกันโดยพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการย้ายออก โดยประเมินอาการเบื้องต้น ได้แก่ ความรู้สึกตัว GCS สัญญาณชีพ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเคลื่อนย้าย
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจเหตุผลการย้าย แนะนำญาติ เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ให้แจ้งพยาบาลและแพทย์ทราบ
3. เตรียมเอกสาร ยา ของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายให้พร้อม
4. ประสานงาน ส่งข้อมูลอาการผู้ป่วยให้พยาบาลตึกศัลยกรรมหญิงทราบ แจ้งชื่อ-สกุล HN อาการสำคัญ และข้อมูลการรักษาที่ได้รับ/ ความเสี่ยงที่สำคัญ การดูแลต่อเนื่องที่ผู้ป่วยต้องได้รับ
5. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นขณะเคลื่อนย้าย ได้แก่ ออกซิเจน เครื่องวัด SpO2 เครื่องควบคุมสารน้ำ
6. พยาบาลเจ้าของใช้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย
7. บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์การเคลื่อนย้ายลงในบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note)

การประเมินผลการพยาบาล : ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ RR=14-18 bpm SpO2=99%

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รักษามา 10 ปี และ ischemic stroke 6 เดือน On ASA(81) เข้ารับการรักษาด้วย 1 วันก่อนมา ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ถ่ายดำ 2 ครั้ง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไปรักษาที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ได้ฉีดยาแก้ปวด 1 เข็ม และได้ยาทานต่อที่บ้าน วันนี้อาการปวดจุกท้องบริเวณใต้ลิ้นปี่มากขึ้น คลื่นไส้ อาเจียน 1 ครั้ง จึงพามาโรงพยาบาล แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต ได้รับการวินิจฉัยเป็น Hollow

viscus organ perforation และ Film acute abdomen พบมีลมรั่วในช่องท้องบริเวณใต้กระบังลม (free air under diaphragm) ได้รับการผ่าตัด explore lap with simple suture with omental patch หลังผ่าตัดย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนักรวม ใส่ท่อช่วยหายใจ และได้รับการประเมินถอดท่อช่วยหายใจได้ 3 วัน ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติหลังถอดท่อช่วยหายใจ จึงได้รับยา Amiodarone inj 900 mg + 5%DW 500 ml vein drip in 24 hr อาการดีขึ้นและคงที่ จนย้ายกลับตึกสามัญได้ ในระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ห้องผู้ป่วยหนักรวมวางแผนการดูแลเป็น 2 ระยะ คือ ระยะวิกฤต และระยะการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู โดยในแต่ละระยะผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานครอบคลุมแบบองค์รวม ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขจนพ้นภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระยะเวลารักษาในห้องผู้ป่วยหนักรวม 6 วัน (รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 9 วัน)

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคกระเพาะอาหารทะลุเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงที่สุดของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพราะการรักษาช้าอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ทำให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เป็นภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ที่มีความรุนแรงและอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การรักษา คือ การผ่าตัดเย็บปิดรูทะลุ ดังนั้นพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักรวมต้องมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ ค้นหาวิธีการใหม่ๆ นำมาปรับใช้เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษาของแพทย์เฉพาะทางระบบที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้

### สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ มีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติหลังผ่าตัด ซึ่งเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่ด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การเฝ้าระวัง ประเมินและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และการดูแลแบบองค์รวมได้ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ปลอดภัย ญาติและผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ตลอดจนมีความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### เอกสารอ้างอิง

1. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer - an update. World J Gastrointest Surg. 2017;9(1):1-12. doi: 10.4240/wjgs.v9.i1.1.
2. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Gastroenterologia [Internet] 2011 [cited 2024 Feb 26];84(2):102-13. Available
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565. นนทบุรี:กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรค. กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562.
5. ปราโมทย์ โคตรพันธุ์กุล. รายงานผลการรักษาและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุในโรงพยาบาลเลย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560;26:(1):74-81.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร หน่วยงานตติยกรรม. รายงานประจำปี 2564-2566.กำแพงเพชร :โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
7. จุไรรัตน์ นนทวงษ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารทะลุที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563;29:(2):53-66.
8. มุขจิรินทร์ สมคิด. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการผ่าตัด จากภาวะกระเพาะอาหารทะลุ: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา 2562;6: 1:77-88.



9. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 2. ภาควิชาการพยาบาล  
ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554.



## The Usage of Coping Card in Depressive Patients with Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatient Setting of Kamphaeng Phet Hospital

Kanyarat Jongpitakrat, M.D.\*

### Abstract

**Introduction :** The thought of suicide is a common symptom in patients with major depressive disorder. Providing assistance to patients in managing suicidal thoughts is important for preventing suicide. Coping cards are one tool to help patients cope with problems during crisis periods.

**Objective :** The aim of this study was to test the effectiveness of coping cards on the suicidal ideation of patients with major depressive disorder.

**Methods :** The randomized controlled trial involved 30 patients with major depressive disorder and suicidal ideation. Before participating in the study, they underwent a baseline assessment, including general data evaluation, assessment of depression severity, and suicidal ideation, using the Thai versions of the Patient Health Questionnaire-9 and the Depressive Symptom Index-Suicidality. Participants in the intervention group were provided with coping cards to carry and received instructions on how to use them, along with basic guidance on coping with suicidal thoughts. Those in the control group received basic guidance on coping with suicidal thoughts. Evaluations were conducted again at 1 and 4 months after joining the study. Data analysis involved comparing assessment results between the intervention and control groups using Median Regression Analysis.

**Results :** There were 30 participants, with 15 in the control group and 15 in the intervention group. The average age was 18.7 years. There were 28 females (93.3%), and 76.7% were students. Among the participants, 76.7% had previously attempted suicide, with the most common method being a drug overdose (60%). The general characteristics of the participants did not differ between the two groups. The median scores of PHQ-9 and DSI-SS decreased during the use of the coping cards in months 1 and 4 in both groups. The average scores in the control group were higher than those in the intervention group each time, except for the average PHQ-9 scores in month 0 and the DSI-SS scores in months 0 and 4. When comparing the average scores between the control and intervention groups, there were no significant differences. The median score differences of PHQ-9 and DSI-SS at months 1 and 4 compared to month 0 in both the experimental and control groups were not statistically significant. The parts of the coping cards that the participants found most useful were the coping methods section and the most important things in life section.

**Conclusion :** The mean scores for depression severity and suicidal ideation in the intervention group were lower than those in the control group, with no statistical significance. Using coping cards may help reinforce coping strategies for suicidal thoughts and remind patients of life's significant aspects

**Keywords :** Coping card, suicidal ideation, major depressive disorder

\*Medical doctor, Professional level, Department of Psychiatry, Kamphaeng Phet Hospital

## ผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร

กัลยรัตน์ จงพิทักษ์รัตน์, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ความคิดฆ่าตัวตายถือเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการความคิดฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายถือว่ามีสำคัญ บัตรช่วยรับมือกับปัญหาเป็นหนึ่งในเครื่องมือเพื่อช่วยผู้ป่วยให้รับมือกับปัญหาในระยะวิกฤตได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในการช่วยรับมือกับความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

**วิธีการศึกษา :** การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน โดยก่อนเข้าร่วมวิจัยจะมีการประเมินข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 ฉบับภาษาไทย และแบบประเมิน Depressive Symptom Index-Suicidality ฉบับภาษาไทย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองจะได้ทำบัตรช่วยรับมือกับปัญหาไว้พกติดตัวและได้รับคำอธิบายวิธีใช้บัตร รวมทั้งได้รับคำแนะนำวิธีการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายเบื้องต้น ส่วนผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำวิธีการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายเบื้องต้น และจะมีการประเมินอีกครั้งที่ 1 เดือน และ 4 เดือนหลังเข้าร่วมการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลการประเมินระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Median Regression Analysis

**ผลการศึกษา :** มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน มีอายุเฉลี่ย 18.7 ปี เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 93.3) เป็นนักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ 76.7) มีผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (ร้อยละ 76.7) โดยวิธีที่ใช้มากที่สุดเป็นการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 60) ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม ค่ามัธยฐานของคะแนน PHQ-9 และ DSI-SS ลดลงในช่วงที่ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในเดือนที่ 1 และ 4 ในทั้งสองกลุ่ม โดยค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองทุกครั้ง ยกเว้นค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 ในเดือนที่ 0 และ DSI-SS ที่เดือนที่ 0 และ 4 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ค่าความต่างมัธยฐานของคะแนน PHQ-9 และ DSI-SS ที่เดือนที่ 1 และ 4 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนของบัตรที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่ามีประโยชน์มากที่สุดคือ ส่วนวิธีรับมือกับปัญหาและส่วนสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต

**สรุป :** ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงหลังได้ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาอาจช่วยย่นย่อวิธีจัดการความคิดฆ่าตัวตาย และย่นย่อสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ยึดเหนี่ยวไว้ให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

**คำสำคัญ :** บัตรช่วยรับมือกับปัญหา ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยซึมเศร้า

\*นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 9.2 รายต่อแสนประชากรในปี 2562<sup>1</sup> ส่วนในประเทศไทยนั้น กรมสุขภาพจิตรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 6.6 รายต่อแสนประชากรในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 7.94 รายต่อแสนประชากรในปี 2566<sup>2</sup> ส่วนข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายของจังหวัดกำแพงเพชรนั้นเพิ่มสูงขึ้นเป็นเท่าตัว จาก 7 รายต่อแสนประชากรในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 14 รายต่อแสนประชากรในปี 2566 ความคิดฆ่าตัวตายถือเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในเพศหญิง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ในเพศชาย ในช่วงอายุ 15-29 ปี<sup>3</sup>

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการความคิดฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายถือว่ามีสำคัญ โดยช่วยวางแผนการจัดการในระยะวิกฤตเตรียมไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม ทันทีที่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้นในการจัดการความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นมา ตามหลักทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมบำบัด<sup>4</sup> รวมทั้งวางแผนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

บัตรช่วยรับมือกับปัญหาเป็นหนึ่งในเครื่องมือเพื่อช่วยผู้ป่วยให้รับมือกับปัญหาในระยะวิกฤตได้<sup>4</sup> โดยเป็นบัตรที่พิมพ์ลงบนกระดาษแข็ง ซึ่งเมื่อพับแล้วมีขนาดเท่ากับนามบัตรขนาดมาตรฐาน เพื่อให้พกพาได้สะดวก โดยภายในบัตรมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเขียนด้วยลายมือของตัวเองได้แก่ สัญญาณเตือนของความคิดฆ่าตัวตายที่ผู้ป่วยจะสังเกตได้ เพื่อเตรียมตัวจัดการความคิดนั้น วิธีที่ผู้ป่วยสามารถทำเพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกดีขึ้นได้ด้วยตนเองและวิธีที่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น บุคคลที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ในภาวะวิกฤต รวมทั้งการติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานด้านสุขภาพจิต หรือสายด่วนสุขภาพจิต การปรับสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย และสิ่งที่มีความหมายหรือสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาสามารถช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษพบว่าในกลุ่มที่ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาที่มีการพยายามฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 76 และสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลงเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการรักษาตามปกติ<sup>5</sup> ส่วนในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงในช่วงการใช้บัตรรับมือกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6</sup> แต่มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยที่น้อย

## วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา ในการช่วยรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร รวมทั้งสำรวจประสบการณ์ของการใช้บัตรว่ามีประโยชน์และอุปสรรคอย่างไร

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566 (รหัสโครงการ ID 04-01-159D)

**ประชากรที่ศึกษา** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่เดือนเมษายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยอายุ 15 – 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย
2. ผู้ป่วยและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามด้วยความสมัครใจ
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านและเขียนหนังสือได้

### เกณฑ์การคัดออก

1. ขอบปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาโรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์สองขั้ว
3. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรักษาตัวด้านจิตเวชเป็นผู้ป่วยใน หรือมีความจำเป็นต้องส่งตัวไปโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช



#### 4. ไม่สามารถติดตามการรักษาในระยะเวลา 4 เดือน

**การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง** คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตรแบบคูนานเพื่อเปรียบเทียบความเหนือกว่าด้านสถิติ<sup>7</sup> กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 ที่ร้อยละ 5 และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 ที่ร้อยละ 20 อัตราส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น 1:1 กำหนดค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 0.95 และค่าผลต่างค่าเฉลี่ยเป็น 1.2 กำหนดค่าขอบของความแตกต่างที่ 0.317<sup>8,9</sup> และได้ปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อในกรณีที่ได้อข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 18 คน กลุ่มทดลอง 18 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. **เครื่องมือสำหรับการดำเนินการวิจัย** คือ บัตรช่วยรับมือกับปัญหาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีลักษณะเป็นบัตรที่พิมพ์ข้อความลงบนกระดาษแข็งขนาดกว้าง 5 เซนติเมตร ยาว 29 เซนติเมตร โดยมีช่องว่างให้ผู้ป่วยเขียนข้อความลงไปด้วยตนเองในหัวข้อต่างๆ โดยสามารถพับสามทบแล้วมีขนาดเท่ากับนามบัตรขนาดมาตรฐาน เพื่อให้พกพาติดตัวใส่กระเป๋าสตางค์ได้และสามารถหยิบขึ้นมาใช้งานได้ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ วิธีการใช้งานคือ หลังจากที่ได้รับบัตรช่วยรับมือกับปัญหาที่ผู้วิจัยมอบให้ผู้ป่วยทบทวนวิธีที่สามารถใช้จัดการขณะที่มีความคิดฆ่าตัวตายเสร็จแล้ว จะให้ผู้ป่วยกรอกข้อความที่เป็นวิธีช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายลงไปในบัตรช่วยรับมือกับปัญหาด้วยลายมือตัวเอง แล้วให้พกบัตรติดตัวไว้ตลอด และแนะนำให้ผู้ป่วยหยิบบัตรขึ้นมาอ่านเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตาย แล้วปฏิบัติตามข้อความที่อยู่ในบัตร โดยเนื้อหาในบัตรประกอบด้วยหัวข้อ ดังนี้

1. สัญญาณเตือนของความคิดฆ่าตัวตาย อาการที่จะสังเกตได้ก่อนที่จะมีความคิดฆ่าตัวตาย
2. วิธีที่ผู้ป่วยสามารถทำเพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกดีขึ้นได้ด้วยตนเอง
3. วิธีที่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น บุคคลหรือสถานที่ที่จะดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยได้
4. บุคคลที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ในภาวะวิกฤตและเบอร์โทรติดต่อ
5. การติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานด้านสุขภาพจิต สายด่วนสุขภาพจิต
6. การปรับสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย
7. สิ่งที่มีความหมายหรือสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย

#### 2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ การพักอาศัย รายได้ต่อเดือน การดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จำนวนครั้งและวิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้

2.2 แบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบด้วยตนเอง มีคำถามรวม 9 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเกณฑ์เป็น 0-3 คะแนน โดยมีคะแนนรวม 0-27 คะแนน การศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติพบค่าความไวของการทดสอบเท่ากับ 0.84 และค่าความจำเพาะของการทดสอบเท่ากับ 0.77 มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.79<sup>10</sup>

2.3 แบบประเมิน Depressive Symptom Index-Suicidality ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินคัดกรองความคิดฆ่าตัวตาย มีคำถามรวม 4 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเกณฑ์เป็น 0-3 คะแนน โดยมีคะแนนรวม 0-12 คะแนน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.93<sup>11,12</sup>

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้งานบัตรช่วยรับมือกับปัญหาประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการพกพาบัตร การหยิบบัตรขึ้นมาใช้ ความถี่ของการหยิบบัตรมาใช้ ส่วนของบัตรที่ใช้มากที่สุด ความสะดวกและอุปสรรคของการใช้งาน และส่วนของบัตรที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่าประโยชน์มากที่สุด ประเมินโดยการให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงและเขียนความคิดเห็นได้

#### กระบวนการวิจัย

1. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย กระบวนการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการวิจัย หลังจากนั้นหากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครอง (ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น) ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายในการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามเลขท้ายของหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยกลุ่มที่ลงท้ายด้วยเลขคี่จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มที่ลงท้ายด้วยเลขคู่จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มทดลอง

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมงานวิจัย แบบประเมิน PHQ-9 และ DSI-SS ฉบับภาษาไทย

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาและติดตามการรักษากับแพทย์ประจำตัวตามปกติ และได้รับคำแนะนำวิธีการรับมือกับความเครียดด้วยตัวเองเบื้องต้น

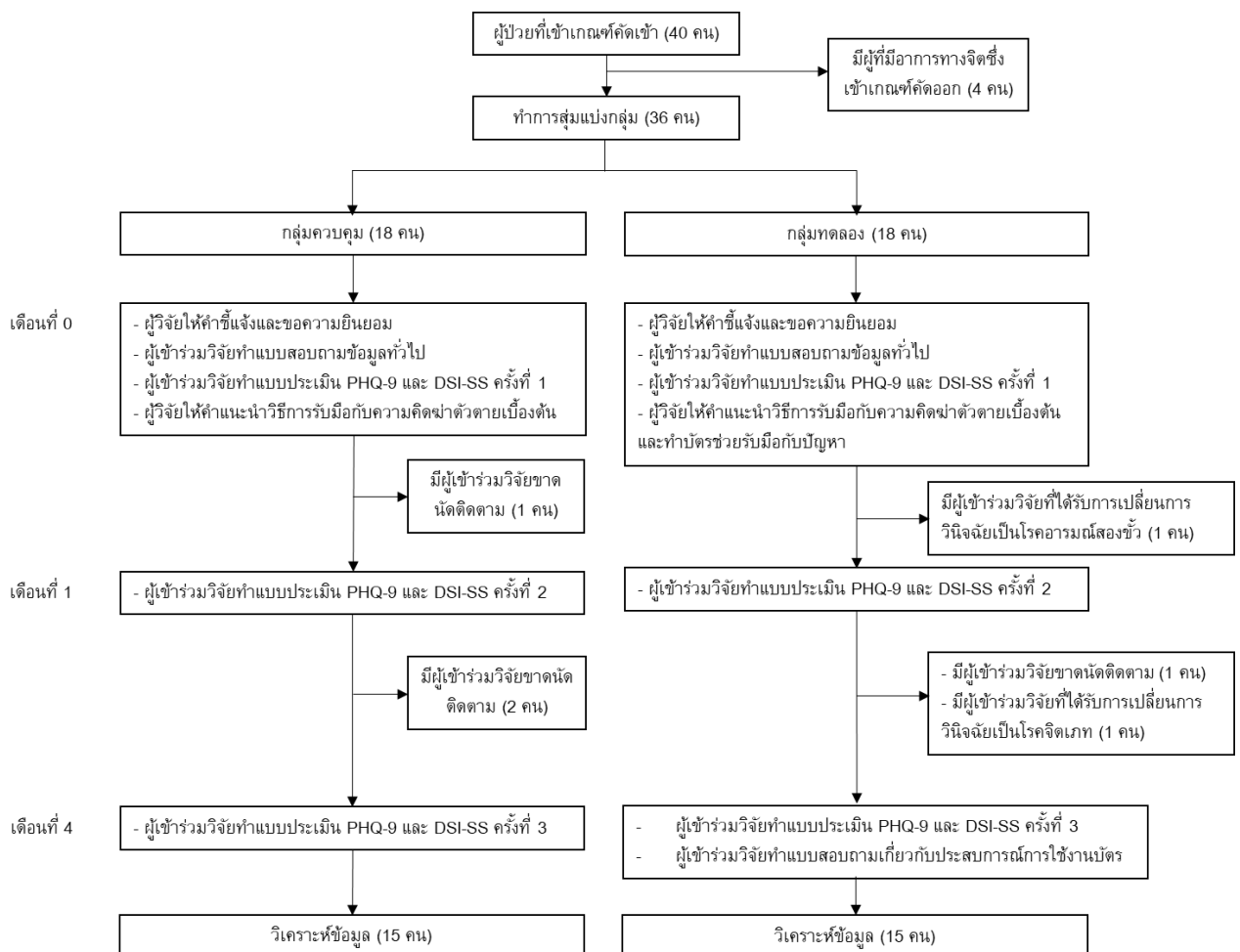
5. ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองจะได้ทำบัตรช่วยรับมือกับปัญหาไว้พกติดตัวและได้รับคำอธิบายวิธีใช้บัตร โดยกระบวนการนี้ใช้เวลาพบปะพูดคุยกับผู้เข้าร่วมวิจัยประมาณ 15-20 นาทีและทำโดยผู้วิจัยคนเดียวกันทั้งหมด

6. ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมิน PHQ-9 และ DSI-SS ฉบับภาษาไทย อีกครั้งที่ 1 เดือน และ 4 เดือนหลังเข้าร่วมการวิจัย

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้งานบัตรช่วยรับมือกับปัญหาที่ 4 เดือนหลังเข้าร่วมการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ** การศึกษานี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 25 โดยลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยจะมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัย มีการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Fisher's exact test มีการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ Median regression analysis

**แผนภาพที่ 1 กระบวนการวิจัย**



## ผลการศึกษา

**การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย** จากผู้ที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมดจำนวน 40 คน มีผู้ที่เข้าเกณฑ์การคัดออกโดยมีอาการทางจิตจำนวน 4 คน จึงได้ผู้เข้าร่วมวิจัยรวมทั้งหมด 36 คน จัดอยู่ในกลุ่มควบคุม 18 คน และกลุ่มทดลอง 18 คน มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่เข้ารับการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายไม่ครบทั้ง 3 ครั้ง จำนวน 4 คน โดยเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มควบคุม 3 คนและกลุ่มทดลอง 1 คน และมีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยจากโรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเภท 1 คน โรคอารมณ์สองขั้ว 1 คน โดยทั้งสองคนอยู่ในกลุ่มทดลอง จึงได้ตัดออกจากการวิจัยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน

**ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย** ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 18.7 ปี เป็นเพศหญิง 28 คน (ร้อยละ 93.3) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา (ร้อยละ 76.7) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 66.7) และไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 76.7) มีผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (ร้อยละ 76.7) โดยวิธีที่ใช้มากที่สุดเป็นการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 60) พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

**คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย** คะแนนการประเมินมีการกระจายที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ค่ามัธยฐานของคะแนนจากการประเมิน PHQ-9 และ DSI-SS ลดลงในช่วงที่ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในเดือนที่ 1 และ 4 ในทั้งสองกลุ่ม โดยค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองทุกครั้ง ยกเว้นค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 ในเดือนที่ 0 และ DSI-SS ที่เดือนที่ 0 และ 4 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าความต่างมัธยฐานของคะแนน PHQ-9 ที่เดือนที่ 1 และ 4 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และค่าความต่างมัธยฐานของคะแนน DSI-SS ที่เดือนที่ 4 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนค่าความต่างมัธยฐานของคะแนน DSI-SS ที่เดือนที่ 1 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 ในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

เมื่อวิเคราะห์แยกตามกลุ่มอายุพบว่าค่าความต่างมัธยฐานของคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ยกเว้นค่าความต่างมัธยฐานของคะแนน DSI-SS ที่เดือนที่ 1 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 ในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองในกลุ่มวัยรุ่น และค่าความต่างมัธยฐานของคะแนน PHQ-9 ที่เดือนที่ 4 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 ในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ โดยทั้งหมดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) n = 30	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี) Mean $\pm$ SD	18.7 $\pm$ 3.51	18.53 $\pm$ 3.36	18.87 $\pm$ 3.78	0.687
กลุ่มอายุ				
วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี	20 (66.7)	11 (73.3)	9 (60)	0.439
วัยผู้ใหญ่ อายุ 20-60 ปี	10 (33.3)	4 (26.7)	6 (40)	
เพศ				
หญิง	28 (93.3)	14 (93.3)	14 (93.3)	1.00
ชาย	2 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	
สถานภาพ				
โสด	16 (53.3)	7 (46.7)	9 (60)	0.379
คู่	13 (43.3)	8 (53.3)	5 (33.3)	
หย่า	1 (3.3)	0 (0)	1 (6.7)	



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) n = 30	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การศึกษา				
มัธยมศึกษา	23 (76.7)	12 (80)	11 (73.3)	0.425
ปริญญาตรี	6 (20)	2 (13.3)	4 (26.7)	
ประถมศึกษา	1 (3.3)	1 (6.7)	0 (0)	
อาชีพ				
นักเรียน นักศึกษา	23 (76.7)	10 (66.7)	13 (86.7)	0.422
ว่างงาน	4 (13.3)	3 (20)	1 (6.7)	
รับจ้าง เกษตรกรรม	3 (10)	2 (13.3)	1 (6.7)	
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	29 (96.7)	15 (100)	14 (93.3)	
10,000 - 19,999 บาท	1 (3.3)	0 (0)	1 (6.7)	
การพักอาศัย				
อาศัยกับครอบครัว	18 (60)	11 (73.3)	7 (46.7)	0.11
อาศัยกับคู่	7 (23.3)	4 (26.7)	3 (20)	
อาศัยกับคนอื่น	3 (10)	0 (0)	3 (20)	
อาศัยอยู่คนเดียว	2 (6.7)	0 (0)	2 (13.3)	
การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่ดื่ม	20 (66.7)	9 (60)	11 (73.3)	0.143
ดื่ม 1-2 ครั้ง ในช่วง 3 เดือน	6 (20)	5 (33.3)	1 (6.7)	
ดื่ม 1-2 ครั้งต่อเดือน	2 (6.7)	0 (0)	2 (13.3)	
ดื่มทุกสัปดาห์	1 (3.3)	1 (6.7)	0 (0)	
ดื่มเกือบทุกวันหรือทุกวัน	1 (3.3)	0 (0)	1 (6.7)	
การใช้สารเสพติดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่ใช้	23 (76.7)	10 (66.7)	13 (86.7)	0.334
ใช้ 1-2 ครั้ง ในช่วง 3 เดือน	5 (16.7)	4 (26.7)	1 (6.7)	
ใช้ 1-2 ครั้งต่อเดือน	2 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	
การเคยพยายามฆ่าตัวตาย				
เคย	23 (76.7)	10 (66.7)	13 (86.7)	0.195
ไม่เคย	7 (23.3)	5 (33.3)	2 (13.3)	
จำนวนครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย				
3-5 ครั้ง	15 (50)	8 (53.3)	7 (46.7)	0.849
1-2 ครั้ง	10 (33.3)	4 (26.7)	6 (40)	



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) n = 30	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ไม่เคย	3 (10)	2 (13.3)	1 (6.7)	
มากกว่า 5 ครั้ง	2 (6.7)	1 (6.7)	1 (6.7)	
วิธีที่เคยใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย				
กินยาเกินขนาด	18 (60)	7 (46.7)	11 (73.3)	0.136
ใช้ของมีคม	12 (40)	6 (40)	6 (40)	1.00
กินสารเคมี	3 (10)	3 (20)	0 (0)	0.068
แขวนคอ	2 (6.7)	0 (0)	2 (13.3)	0.143

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐานและพิสัยของคะแนนแบบประเมิน PHQ-9 และ DSI-SS ที่เดือนที่ 0, 1, 4 และผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม มัธยฐาน (พิสัย)	กลุ่มทดลอง มัธยฐาน (พิสัย)	Mann-Whitney U	p-value
<b>PHQ9</b>				
เดือน 0	21 (13, 25)	21 (14, 26)	97.5	0.531
เดือน 1	18 (8, 23)	15 (8, 24)	91	0.371
เดือน 4	14 (4, 18)	12 (3, 17)	95	0.465
<b>DSI-SS</b>				
เดือน 0	7 (3, 9)	7 (3, 12)	105	0.751
เดือน 1	4 (2, 7)	3 (2, 11)	110	0.916
เดือน 4	2 (0, 6)	2 (0, 6)	108	0.849

ตารางที่ 3 ค่าต่างมัธยฐานของคะแนนแบบประเมิน PHQ-9 และ DSI-SS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่เดือนที่ 1 และ 4 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0

	กลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี		กลุ่มวัยผู้ใหญ่ อายุ 20-60 ปี		ทั้งหมด อายุ 15-60 ปี	
	ค่าต่างมัธยฐาน (95%CI)	p-value	ค่าต่างมัธยฐาน (95%CI)	p-value	ค่าต่างมัธยฐาน (95%CI)	p-value
<b>เดือนที่ 1</b>						
PHQ-9	1.75 (-2.41, 5.91)	0.388	0.58 (-4.9, 6.07)	0.813	1.13 (-1.97, 4.32)	0.460
DSI-SS	-0.18 (-2.18, 1.82)	0.855	0.17 (-1.97, 2.3)	0.862	-0.07 (-1.46, 1.33)	0.923
<b>เดือนที่ 4</b>						
PHQ-9	1.98 (-1.73, 5.68)	0.277	-0.75 (-5.44, 3.94)	0.722	0.90 (-1.86, 3.66)	0.509
DSI-SS	0.11 (-1.77, 1.98)	0.907	0.17 (-2.21, 2.54)	0.875	0.10 (-1.25, 1.45)	0.881

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้<sup>7</sup> ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุเฉลี่ย 18.7 ปี สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตรายงานว่า กลุ่มวัยรุ่นหรือนักศึกษาเป็นกลุ่มที่มีอัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น<sup>2</sup>

คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงในช่วงที่ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในเดือนที่ 1 และ 4 ในทั้งสองกลุ่ม โดยค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองทุกครั้ง ยกเว้นค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 ในเดือนที่ 0 และ DSI-SS ที่เดือนที่ 0 และ 4 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ มีการศึกษาของ Wang เป็นการศึกษาทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มที่ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ระดับอารมณ์ซึมเศร้าวิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวังลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ<sup>7</sup> และการศึกษาของ Propientong เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงในช่วงการใช้บัตรรับมือกับปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน<sup>6</sup>

การใช้งานบัตรช่วยรับมือกับปัญหาอาจช่วยลดคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้จากการทำให้ผู้ป่วยสามารถรู้ทันความคิดของตนเองได้เร็วขึ้น และทำให้ได้จัดการความคิดตนเองและจัดการอารมณ์ตนเองให้ดีขึ้นได้อย่างทันท่วงที ลดโอกาสที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงจนถึงขั้นที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้<sup>4</sup> รวมทั้งบัตรจะช่วยเตือนความจำถึงวิธีการจัดการอารมณ์ที่ผู้ป่วยกับผู้วิจัยวางแผนร่วมกันไว้ก่อนหน้านี้ที่จะเกิดเหตุการณ์วิกฤต ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำวิธีการนี้มาลงมือปฏิบัติได้จะช่วยให้อุบัติการณ์แล้วได้ผลมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตขึ้นแล้ว ผู้ป่วยอาจขาดสติและวิจารณ์จากอารมณ์รุนแรงของอาการทำให้คิดหาวิธีการจัดการปัญหาได้ไม่ดีเท่าช่วงที่ก่อนจะเกิดเหตุการณ์วิกฤต อีกทั้งการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในกระบวนการที่ผู้วิจัยช่วยกันคิดวิธีการจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยแต่ละคนเพื่อให้ผู้ป่วยเขียนลงไปบนบัตร จะทำให้ได้วิธีการจัดการอารมณ์ที่ผู้ป่วยเคยลองทำแล้วได้ผลมากที่สุดของผู้ป่วยแต่ละคนมาใช้แทนที่การที่มีวิธีการจัดการอารมณ์ที่เหมือนกันในทุกๆราย

ค่าความต่างมีฐานของคะแนน PHQ-9 และ DSI-SS ที่เดือนที่ 1 และ 4 เปรียบเทียบกับเดือนที่ 0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าความต่างมีฐานของคะแนน PHQ-9 และ DSI-SS แยกตามกลุ่มอายุพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อาจมีปัจจัยที่จะส่งผล คือ การที่ได้นำบัตรมาใช้งานจริงเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตหรือเกิดความคิดฆ่าตัวตายขึ้น เช่น การพกพาบัตร การหยิบบัตรขึ้นมาใช้ ความถี่ของการหยิบบัตรมาใช้ ความสะดวก และอุปสรรคของการใช้งาน ทั้งนี้การใช้เครื่องมือบัตรช่วยรับมือกับปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นยังมีความสำคัญตามหลัก Cognitive Therapy<sup>4</sup> โดยในวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังมีพัฒนาการของการรู้คิดและการเรียนรู้ที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ บัตรจึงสามารถช่วยในการจัดการความคิดและพฤติกรรมและยังช่วยในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยวัยรุ่น

จากการสำรวจประสบการณ์การใช้งานบัตรช่วยรับมือกับปัญหา พบว่ากลุ่มทดลองทั้งหมดยังได้เก็บบัตรไว้ ส่วนมากพกพาบัตรไว้ ร้อยละ 86.67 และเคยหยิบบัตรขึ้นมาใช้งานจริง ร้อยละ 80 โดยส่วนของบัตรที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ สัญญาณเตือนของความคิดฆ่าตัวตาย วิธีที่ผู้ป่วยสามารถทำเพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกดีขึ้นได้ด้วยตนเอง และส่วนสิ่งที่มีความหมายหรือสำคัญที่สุดในชีวิต มีผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองบางส่วนที่ยังไม่เคยหยิบบัตรขึ้นมาใช้ ร้อยละ 20 ส่วนของบัตรที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่าไม่ใช่วิธีรับมือนักที่สุด คือ ส่วนวิธีรับมือด้วยตนเอง และส่วนสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยน้อยกว่าที่คำนวณไว้ เนื่องจากมีผู้เข้ารับการประเมินไม่ครบตลอดระยะเวลา 4 เดือน เนื่องจากผู้ป่วยไม่มาตามนัดติดตาม กลุ่มตัวอย่างจำเพาะอยู่ในช่วงวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นเท่านั้น และรูปแบบการวิจัยที่ไม่สามารถเป็นการอำพรางในทั้งสองกลุ่มได้ การศึกษานี้มีการติดตามเป็นระยะเวลา 4 เดือน จึงไม่สามารถบอกผลลัพธ์ในระยะยาวได้ ปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วมการวิจัย ปัจจัยด้านจิตสังคมส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นในชีวิตประจำวันในแต่ละช่วงเวลา การรักษาด้วยยาและจิตบำบัดรูปแบบอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ อุปสรรคของการใช้งานบัตรในชีวิตประจำวัน ข้อเสนอแนะสำหรับ





การศึกษาในภาคควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น มีการศึกษาในกลุ่มช่วงอายุที่หลากหลาย มีการติดตามผลของการใช้บัตรในระยะเวลาที่นานขึ้น มีการประเมินปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายก่อนการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งมีการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของการใช้งานบัตรเพิ่มเติม

## สรุป

ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงหลังได้ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการสำรวจประสบการณ์การใช้งานบัตรช่วยรับมือกับปัญหา ส่วนของบัตรที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเห็นว่ามีส่วนที่มีประโยชน์มากที่สุดคือ ส่วนวิธีรับมือด้วยตนเอง และส่วนสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต การใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาอาจช่วยย่นระยะเวลาการจัดการความคิดฆ่าตัวตายและย่นระยะเวลาสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยที่ยืดเยื้อไว้ให้ผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดีที่ได้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide mortality rate. [Internet]. 2024. [Cited 28 May 2024]. Available from: <https://data.who.int/indicators/i/16BBF41>
2. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. [Internet]. 2024. [Cited 28 May 2024]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>
3. World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva. World Health Organization. 2023
4. Wenzel A, Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. BehavTher (N Y N Y. 2012; 35(7): 121-30.
5. Bryan CJ, Mintz J, Clemans TA, Leeson B, Burch TS, Williams SR, et al. Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. If AffectdDisor. 2017; 212: 64-72.
6. Propientong P, Tantrarungroj T, Prachason T. The use of coping cards in depressive patients with suicidal ideation. J Psychiatr Assoc Thailand 2021;66:217-26.
7. Wang X, Ji X. Sample size estimation in clinical research: from randomized controlled trials to observational studies. Chest 2020;158:S12-20.
8. McCall WV, Batson N, Webster M, Joshi I, Derreberry T, McDonough A, et al. A psychometric cut-point to separate emergently suicidal depressed patients from stable depressed outpatients. Indian J Psychiatry 2013;55:283-6.
9. Holli MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruutu T, Heilä H, et al. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. BMC Psychiatry 2005;5:8.



10. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatry 2008;8:46.
11. Stanley IH, Hom MA, Christensen K, Keane TM, Marx BP, Björgvinsson T. Psychometric properties of the Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DSI-SS) in an adult psychiatric sample. Psychol Assess 2021;33:987-97.
12. Suh S, Ryu H, Chu C, Hom M, Rogers ML, Joiner T. Validation of the Korean Depressive Symptom Inventory-Suicidality Subscale. Psychiatry Investig 2017;14:577-84.



## Nursing care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patient :

### A case study

Pimpa Putharaksa, Dip in N.EQU BN.\*

#### Abstract

**Introduction :** Chronic obstructive pulmonary disease is an important disease. The occurrence of acute exacerbations affects the mortality rate, lung function deterioration, affects the quality of life and long-term disability. The goal of treatment for chronic obstructive pulmonary disease is to alleviate symptoms, prevent exacerbations, maintain lung function to deteriorate as slowly as possible, and improve the quality of life of the patient. Therefore, nurses must have knowledge and understanding of pathology, symptoms and complications, treatment and nursing care that is correct according to the nursing process, and be ready to provide assistance and solutions immediately when the severity of the disease increases.

**Objectives :** To provide effective nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

**Case study :** A 60-year-old Thai male patient was admitted to the hospital with major symptoms of cough and shortness of breath 1 day before admission. The patient had chronic obstructive pulmonary disease for 6 years and had been treated at Thasae Hospital, Chumphon Province, inconsistently. He sometimes bought inhalers and oral medications himself. He had a history of smoking 15 cigarettes per day for approximately 43 years. He currently moved back home to Nikhomthungphothale Subdistrict. The initial symptoms of the patient were cough with sputum, shortness of breath, respiratory rate 22 times per minute, body temperature 36.9 °C, regular pulse rate 89 beats per minute, and blood pressure 127/71 mmHg. Lung auscultation showed wheezing and Rhonchi in both lungs. O<sub>2</sub> sat 95%. Chest x-ray showed Barrel shape chest, hyperinflation of both lungs. The doctor diagnosed COPD and scheduled a follow-up every month. During the patient's care, 5 patient problems were found as follows : 1. The patient had impaired gas exchange due to decreased ventilation in the lungs from air retention in the alveoli and phlegm in the respiratory tract. 2. The patient had reduced activity capacity due to easy shortness of breath. 3. The patient was at risk of exacerbation of the disease due to improper self-care behavior. 4. The patient and relatives were anxious about chronic illness. 5. The patient smoked due to lack of knowledge on how to quit smoking. From these problems, nursing care was provided to solve all problems continuously. The patient did not show any signs of shortness of breath and difficulty breathing. The patient used the bronchodilator inhaler correctly. The patient reduced the number of cigarettes he smoked to 1-5 cigarettes per day and took good care of himself according to the instructions.

**Conclusions :** Chronic obstructive pulmonary disease is a life-threatening disease. Due to abnormalities caused by obstruction or blockage of the airway, outside air cannot reach the area where gas exchange occurs in the lungs. People will live in misery from shortness of breath, difficulty breathing, and inability to perform daily activities by themselves. Shortness of breath also causes patients to have a severe oxygen deficiency, leading to respiratory failure. Therefore, the care and treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease is to support and correct immediate symptoms, as well as stop or slow down the pathology from progressing or to relieve both physical and mental symptoms so that patients can live in society.

**Keywords :** Nursing care of patients, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

\* Professional Nursing, Outpatient work, Nursing work group, Thungphothale Hospital.

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา

พิมพา พุทธิรักษา, ป.พย.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีความสำคัญ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในระยะยาวโรคปอดอุดกั้น เป้าหมายของการรักษา คือ การบรรเทาอาการของโรคให้ลดลง ป้องกันการกำเริบของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าที่สุด และการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ไอ หายใจเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 6 ปี รับการรักษาโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งซื้อยาพ่น และยารับประทานเอง มีประวัติสูบบุหรี่ 15 มวนต่อวัน เป็นเวลาประมาณ 43 ปี ปัจจุบันย้ายกลับบ้านมาอยู่ตำบลนิคมทุ่งโพธิ์ทะเล อาการแรกเริ่มผู้ป่วยไอมีเสมหะ มีหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 36.9 °C อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 89 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท ฟังเสียงปอดพบ wheezing และ Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง O<sub>2</sub> sat 95% ผล Chest x-ray พบ Barrel shape chest, hyperinflation of both lungs แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค COPD นัดติดตามอาการทุก 1 เดือน ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย พบปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้ 1. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากการระบายอากาศในปอดลดลงจากมีลมคั่งค้างในถุงลมปอดและมีเสมหะในทางเดินหายใจ 2. ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่าย 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคเนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง 5. ผู้ป่วยสูบบุหรี่เนื่องจากขาดความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่ จากปัญหาดังกล่าวได้ให้การพยาบาลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะเหนื่อยและการหายใจลำบาก ผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยลดจำนวนการสูบบุหรี่เหลือ 1-5 มวนต่อวัน และดูแลตนเองตามคำแนะนำได้เป็นอย่างดี

**สรุป :** โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่อันตรายถึงชีวิต เนื่องจากความผิดปกติจากการขัดขวางหรืออุดกั้นทางเดินอากาศ ทำให้อากาศภายนอกไม่สามารถเข้ามาถึงบริเวณที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด จะมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ไม่สามารถทำกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเองได้ ซึ่งอาการหายใจเหนื่อยหอบยังทำให้ผู้ป่วยมีภาวะของการพร่องออกซิเจนจนถึงขั้นรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจวายได้ ดังนั้นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นการประคับประคองแก้ไขอาการที่เกิดเฉพาะหน้า รวมทั้งหยุดยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินต่อไปหรือบรรเทาอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล

## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในระยะยาว ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันได้และรักษาได้ โดยมีลักษณะเป็นโรคที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจที่ไม่สามารถทำให้กลับคืนมาเป็นปกติได้ (progressive, not fully reversible airflow limitation.) ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุดได้แก่ คาร์บอนหริ์ ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอด และระบบอื่น ๆ ของร่างกาย (multicomponent disease) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการกำเริบ จะมีผลต่อความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปมักหมายรวมถึงโรค 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema)<sup>1</sup>

ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ดังนั้นเป้าหมายของการรักษา คือ การบรรเทาอาการของโรคให้ลดลง ป้องกันการกำเริบของโรค คงสมรรถภาพการทำงานของปอดให้เสื่อมช้าที่สุด และการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>2</sup> พยาบาลซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล และประคับประคองผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เริ่มตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล<sup>3</sup> จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องตามปัญหาครบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคม ตลอดจนสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ฉะนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิสภาพ อาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การรักษาและการให้การพยาบาลที่ถูกต้องตามกระบวนการการพยาบาล และพร้อมให้การช่วยเหลือแก้ไขได้ทันทีเมื่อมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเลเป็นโรงพยาบาล 10 เตียง ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป มีระบบการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีการประสานงาน ผ่านช่องทางไลน์ สถิติพบผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี 2564-2566 จำนวน 50, 51 และ 55 ราย และพบการกลับมาตรวจรักษาซ้ำก่อนนัด จำนวน 14, 17 และ 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.07, 8.79, และ 10.14 ตามลำดับ นอกจากนั้นแล้วยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ admit ด้วย Acute Exacerbation ร้อยละ 14.29 ,16.61 และ 23.64 ตามลำดับ<sup>4,5</sup> จะเห็นว่าแนวโน้มสูงขึ้น สาเหตุสำคัญที่พบจากการซักประวัติผู้ป่วย ได้แก่ การสูบบุหรี่ และบุหริ์มือสอง มีการเผาบริเวณพื้นที่รอบบ้าน ทำให้สภาพอากาศ และปัญหาฝุ่น PM 2.5 ที่เกินมาตรฐาน และเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและได้รับยาอย่างเหมาะสม กับพยาธิสภาพของโรคเพื่อช่วยบรรเทา และลดความรุนแรงของโรค ร่วมกับการสร้างความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงได้นำกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมาศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน อายุ 60 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้าง การศึกษา ประถมศึกษาปี 4

### อาการสำคัญ

ไอ หายใจเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 ปีก่อน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับการรักษาโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งซื้อยาพ่น และยารับประทานเอง

4 เดือนก่อนมา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ (COPD exacerbation) จำนวน 2 ครั้ง และนอนพักโรงพยาบาลท่าแซะ 1 ครั้ง (3 วัน) จากนั้นย้ายกลับมาอยู่ที่บ้านนิคมทุ่งโพธิ์ทะเล



3 วันก่อน ผู้ป่วยมีอาการไอ มีน้ำมูกใส เจ็บคอ ซ้ำยารับประทานเอง

1 วันก่อน มีอาการเหนื่อย จึงมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ มีประวัติสูบบุหรี่ 15 มวนต่อวัน สูบบุหรี่มาตั้งแต่ อายุ 18 ปี เป็นเวลา ประมาณ 43 ปี

การวินิจฉัยของแพทย์ : Chronic Obstructive Pulmonary Disease

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 157 เซนติเมตร BMI 20.29 kg/m<sup>2</sup>

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 89 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97%

ผิวหนัง : ผิวสีดําแดง ผิวค่อนข้างแห้ง เล็บมือเล็บเท้าปกติ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

ศีรษะ : กะโหลกศีรษะกลมได้รูป ผมสั้นสีขาว หนังศีรษะสะอาด ไม่มีแผล ไม่มีรังแค

ใบหน้า : รูปร่างปกติ ใบหน้าสองข้างเท่ากัน หน้าไม่เบี้ยว ไม่บวม

ตา : รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ประมาณ 3 มิลลิเมตร เยื่อบุตาไม่ซีด

หู : รูปร่างภายนอกปกติ การได้ยินชัดเจน ไม่มีน้ำและสิ่งคัดหลั่ง

จมูก : รูปร่างปกติ การได้กลิ่นปกติ ไม่มีน้ำมูก ผงก้นจมูกอยู่ในแนวตรง เยื่อจมูกไม่บวมแดง

ปาก : ลิ้นสีปากคล้ำเล็กน้อย เหงือกสีปกติไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่มีแผลในปาก

ลำคอ : ต่อมธัยรอยด์ปกติ ต่อมน้ำเหลืองที่คอไม่โต เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

ทรวงอก : รูปร่างเหมือนถังเบียร์ การขยายตัวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจเร็ว 22 ครั้ง/นาที

ปอด : ฟังปอดได้ยินเสียง Rhonchi และ wheezing ทั้ง 2 ข้าง

หัวใจ : ไม่มีเสียงผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที เต้นแรงสม่ำเสมอ มีอาการแน่นหน้าอก

ท้อง : ท้องแบนราบ ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5 ครั้งต่อนาที คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

แขนขา : กำลังดี เท่ากันทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวได้ดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

อวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากอวัยวะเพศ ปัสสาวะปกติไม่สับสนขัด น้ำปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้ากังวล มีภรรยาคอยดูแลช่วยเหลือ

### ผลการประเมิน mMRC dyspnea score ผลการประเมิน CAT score ผลทดสอบ 6MWT

รายการ	18/1/2567	27/2/2567	8/3/2567	24/4/2567
การประเมิน mMRC dyspnea score	2	2	2	1
การประเมิน CAT score	24	20	26	12
ผลทดสอบ 6MWT	NA	NA	280	400

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	18/1/2567	12/2/2567
<b>CBC :</b>			
WBC	5.0-10.0 x 10 <sup>3</sup> cell/mm <sup>2</sup>	9,960	10,480
RBC	4.0-5.5 x 10 <sup>6</sup> cell/mm <sup>3</sup>	5.03	4.95
HCT	37-47%	38.3	37.7
Neutrophil	43.7-70.9%	69.7	88.3



## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

รายการ	ค่าปกติ	18/1/2567	12/2/2567
Lymphocytes	25-35%	24.7	7.6
Hemoglobin	12-16 mg%	12.5	12.5
Platelet count	1.5-4.0 x 10 <sup>6</sup> cell/mm <sup>3</sup>	3.1	4.13

### Biochemistry :

BUN	5 – 23 mg%	15.0	15.0
Cr	0.51-0.95 mg/dl	0.95	0.98
eGFR	>90 cc/min/1.7m	83.46	84.67

รายการ	ค่าปกติ	18/1/2567
<b>Electrolyte :</b>		
Na	135-148 mEq/L	143.7
K	3.7-5.3 mEq/L	3.35
Cl	95-105 mEq/L	100.5
CO <sub>2</sub>	25-32 mEq/L	32.0

### การตรวจพิเศษ : Chest x-ray

18/1/2567 : Barrel shape chest, hyperinflation of both lungs

12/2/2567 : Barrel shape chest, hyperinflation of both lungs

### ความก้าวหน้าการดำเนินของโรค

#### Visit ที่ 1 วันที่ 18 มกราคม 2567

แรกรับผู้ป่วยเดินมาเอง รู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อย่างดี ผู้ป่วยมีอาการไอบ่อยๆ เสมหะมีสีขาวขุ่น เหนื่อย ขับเสมหะออกเองได้ อุณหภูมิของร่างกาย 36.9 °C อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 89 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 97% Triage ประเมินส่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 CAT score เท่ากับ 24 คะแนน ขณะรอตรวจหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 97% ฟังเสียงปอดพบ wheezing และ Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ส่งผู้ป่วยพบแพทย์เป็นคิวด่วน แพทย์ให้ Berodual 1 cc + NSS 3 cc NB 1 dose ส่งผู้ป่วยพ่นยาตามแผนการรักษา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Berodual 1 cc + nss 3 cc NB 3 dose หลังพ่นยา ฟังเสียงปอดปกติ นัดติดตามอาการ 4 week

#### Visit ที่ 2 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567

ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดด้วยมีอาการไอ เหนื่อย เป็นมา 3 วัน แรกรับผู้ป่วยเดินมาเอง มีไอบ่อย หายใจเหนื่อย อุณหภูมิของร่างกาย 37.5 °C อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 145/82 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat 95% Triage ประเมินส่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ขณะรอตรวจหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอดพบ wheezing และ Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน ได้รับการรักษา Berodual 1 cc + NSS 3 cc NB 3 dose dexta 8 mg vein stat ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 98% ฟังเสียงปอดไม่พบ wheezing และ Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง นัดติดตามอาการ 1 week

#### Visit ที่ 3 วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567

ผู้ป่วยมาด้วยอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ 10 นาทีก่อนมา แรกรับมาโดยรถนอน รู้สึกตัวดี ไอ หายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย อุณหภูมิของร่างกาย 37.9 °C อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 102 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 163/102 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat 70% ฟังเสียงปอดพบ wheezing และ Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ได้รับการรักษา Berodual 1 cc + NSS 3 cc NB 3 dose dexta 8 mg vein stat หลังพ่นยาอาการไม่ทุเลา O<sub>2</sub> sat 99% แพทย์ on ETT no.7.5 Refer โรงพยาบาลกำแพงเพชร

#### Visit ที่ 4 วันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567

ผู้ป่วย Refer กลับมาให้ ATB และ Try wean O<sub>2</sub> แกรับผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย O<sub>2</sub> sat 95% On O<sub>2</sub> canular 1 LPM on Plug อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 36.5 °C อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/78 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ Admit เพื่อรักษาต่อเนื่อง (2 วัน) แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน มีนัดติดตามอาการ 1 week

#### Visit ที่ 5 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

ผู้ป่วยมาตรวจด้วย ไอมีเสมหะ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 36.8 °C อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/76 มิลลิเมตรปรอท ประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 CAT score เท่ากับ 20 คะแนน

#### Visit ที่ 6 วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567

ผู้ป่วยมาตรวจก่อนนัดมีอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ พยาบาลที่บ้านแล้วไม่ทุเลา จึงมาโรงพยาบาล อุณหภูมิของร่างกาย 36.5 °C อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 113 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 161/78 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> sat 96% Triage ประเมินส่งมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ขณะรอตรวจพบเหนื่อยอัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 95% ฟังเสียงปอดพบ decreased breath sound ส่งผู้ป่วยเป็นคิวด่วนพบแพทย์ทันทีเพื่อให้แพทย์ประเมินซ้ำ แพทย์ตรวจร่างกายพบ lung : decreased breath sound Lt.Lung แพทย์ให้ Berodual 1 cc + NSS 3 cc NB 1 dose ดูแลผู้ป่วยพ่นยาตามแผนการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ทุเลาอาการเหนื่อย ฟังเสียงปอดปกติ

#### Visit ที่ 7 วันที่ 8 มีนาคม 2567

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด มีไอนานๆครั้งมีเสมหะในคอเล็กน้อย สีหน้าสดชื่น ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นลุกเดินเข้าห้องน้ำเองได้ อุณหภูมิของร่างกาย 36.5 °C อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 72 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 คือ เดินในพื้นที่ราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกันเพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเดินเพื่อหายใจ เมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ ผลการประเมิน CAT score เท่ากับ 26 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร หยุดเดิน 3-4 ครั้ง เพื่อพักเหนื่อย ระยะทางที่เดิน ได้ 280 เมตร O<sub>2</sub> sat 96%

#### Visit ที่ 8 วันที่ 24 เมษายน 2567

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด อาการปกติ ไม่มีการหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที มีไอนานๆครั้งมีเสมหะเล็กน้อย อุณหภูมิของร่างกาย 36.5 °C อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 84 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/90 mmHg ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ระดับ 1 ผลการ CAT score 12 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร เดินได้ระยะทาง 400 เมตร O<sub>2</sub> sat 96%

#### การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากการระบายอากาศในปอดลดลงจากมีลมคั่งค้างในถุงลมปอดและมีเสมหะในทางเดินหายใจ

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “จะรู้สึกเหนื่อยมากเวลาปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เดินเร็วๆ จนต้องหยุดพักเป็นช่วงๆ”

O : ผู้ป่วยมีอาการไอบ่อยๆ เสมหะมีสีขาวขุ่น เหนียว ขับเสมหะออกเองได้ หายใจเหนื่อย RR 22 ครั้ง/นาที O<sub>2</sub> Sat 97% ฟังเสียงปอดพบ wheezing, Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ผล Chest x-ray พบ Barrel shape chest, hyperinflation of both lungs

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดเพิ่มขึ้น และเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจ 16 – 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ
2. O<sub>2</sub>Sat room air > 95%
3. ฟังปอดได้ยินเสียงลมหายใจชัด ไม่มีเสียงเสมหะในปอด ฟังปอดไม่พบเสียง Rhonchi และ Wheezing ทั้ง 2 ข้าง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติ ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอัตราการหายใจที่ผิดปกติ ถ้าเพิ่มขึ้นจากค่าปกติจะบ่งบอกถึงการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ
2. ตรวจวัด O<sub>2</sub>Sat room air เพื่อประเมินความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซในเลือดแดง
3. ตรวจร่างกาย ฟังเสียงลมหายใจและฟังเสียงปอด เพื่อประเมินภาวะการหายใจลำบากและการมีหลอดลมตีบแคบ หรืออุดตันของทางเดินหายใจ หรือเสมหะมากน้อยเพียงใด
4. สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติวิธีการไอที่มีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อส่งเสริมการทำงานของขนกวัด (cilia clearance) ในการรักษาทางเดินหายใจให้โล่งได้ดีขึ้น
5. สอนและสาธิตให้ญาติเคาะปอดอย่างถูกต้อง และช่วยเคาะปอดผู้ป่วยให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และขับออกได้ง่ายขึ้น เพื่อช่วยให้เสมหะออกดีขึ้น
6. ชักประวัติการทำการกิจวัตรประจำวัน และแนะนำลดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงและทำให้ใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ได้แก่ การนั่งขณะทำความสะอาดร่างกาย การหลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของที่สูงกว่า และการก้มหยิบของที่ต่ำกว่า
7. ให้คำแนะนำผู้ป่วยลด/เลิกการสูบบุหรี่ เนื่องจากทำให้เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น
8. ให้คำแนะนำการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ได้แก่ การฟังเพลง การนั่งสมาธิ การฟังธรรมะ เพื่อให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง
9. ให้คำแนะนำผู้ป่วยนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 8-10 ชั่วโมง และนอนในท่าศีรษะสูง โดยการใช้หมอนสองใบ ท่าที่สบายและหายใจได้สะดวก เพื่อลดการใช้ออกซิเจน และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ
10. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2,000 - 3,000 มิลลิลิตร โดยเฉพาะน้ำอุ่นจะทำให้ขับเสมหะได้ง่ายขึ้น
11. ส่งพบเภสัชกรให้คำแนะนำสอนและสาธิตการใช้ยาขยายหลอดลมที่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้ยาพ่น Salbutamol MDI 2 dose pm. then q 4 hrs., Seretide MDI (25/125 mcg) 2 puff bid. และยารับประทาน ได้แก่ Theophylline (200 mg) 1 tab ○ OD. pc., Cetirizine (10 mg) 1 tab ○ OD. pc.

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจอยู่ระหว่าง 18 – 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบและการหายใจลำบาก
2. O<sub>2</sub>Sat room air อยู่ระหว่าง 96 - 99 %
3. ฟังปอดได้ยินเสียงลมหายใจชัด ไม่มีเสียงเสมหะในปอด ฟังปอดไม่พบเสียง Rhonchi และ Wheezing ทั้ง 2 ข้าง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำการกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่าย

### ข้อมูลสนับสนุน

**S :** ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาลุกจากที่นอนเดินมานั่งหน้าบ้าน หรือเดินเข้าห้องน้ำจะหายใจเหนื่อยต้องหยุดพัก”

**O :** การประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 คือ เดินในพื้นที่ราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเดินเพื่อหายใจ เมื่อเดินตามปกติบนพื้นที่ราบ ผลการประเมิน CAT score เท่ากับ 26 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร หยุดเดิน 3-4 ครั้ง เพื่อพักเหนื่อย ระยะทางที่เดิน ได้ 280 เมตร

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเพิ่มความทนในการทำกิจกรรมได้

### เกณฑ์การประเมินผล

1. การประเมิน mMRC dyspnea score ดีขึ้น
2. การประเมิน CAT score ดีขึ้น
3. ผลทดสอบ 6MWT ดีขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติบริหารการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องและกะบังลม และเป่าปาก (pursed lips) วันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม ขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น และติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยทุกสัปดาห์
2. ส่งพนักกายภาพบำบัดเพื่อให้คำแนะนำการออกกำลังกาย และสอนท่าบริหารปอด หลังจากได้รับยาขยายหลอดลม เนื่องจากปอดจะทำหน้าที่ดีที่สุด เมื่อยาออกฤทธิ์สูงสุด ทางเดินหายใจโล่ง และติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยทุกสัปดาห์
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้เฝ้าระวังสังเกต เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ ให้หยุดออกกำลังกายทันที ได้แก่ เมื่อเริ่มเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบมาก มีไข้ เป็นหวัด ท้องเสีย หน้ามืด เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ เป็นลม หายใจสั้นๆ หรือถี่มาก เหนื่อยออกผิดปกติตามมือเท้า หรือมีอาการอื่น ชัด จนผิดปกติ
4. ติดตามและประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยทุกเดือน ในการทำกิจกรรมกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกายทั้งแบบแอโรบิก และแบบมีแรงต้าน ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้หนักและนานขึ้น
5. ประเมิน 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินสมรรถภาพของปอด และความทนต่อกิจกรรม
6. ประเมิน mMRC dyspnea score และ CAT score ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด

### การประเมินผล

1. ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ระดับ 1
2. ผลการประเมิน CAT score ลดลงจาก 26 เหลือ 12 คะแนน
3. ผลทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร เดินได้ระยะทาง 400 เมตร

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 :** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคเนื่องจากมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง

### ข้อมูลสนับสนุน

**S :** ผู้ป่วยบอกว่า “ต้องรีบไปทำงานแต่เช้ามีดึกกว่าจะเสร็จงานทำให้ล้ามกินยา”

**O :** 4 เดือนก่อนมาตรวจรักษาครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบอย่างเฉียบพลันถี่ขึ้น โดยเข้ารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อเดือน และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 1 ครั้ง (จำนวนวันนอน 3 วัน) ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ 15 มวนต่อวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไข้ยาพ่นไม่ถูกต้องเวลาเหนื่อย พ่นยาขยายหลอดลมไม่ถูกวิธี โดยสูดยาเข้าทางปากไม่แรงและลึกพอ กดพ่นยา 2 ครั้ง แล้วสูดยาพร้อมกันครั้งเดียว ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบไม่ถูกต้อง

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อป้องกันอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ให้อาการกำเริบ

**เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติและลงเยี่ยมบ้านประเมินปัจจัยเสี่ยงที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและป้องกันปัจจัยเสี่ยงนั้น
2. ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ดังนี้
  - 2.1 เลิกสูบบุหรี่ เพราะส่งผลกระทบต่อการทำงานของปอดอุดกั้นเรื้อรัง
  - 2.2 หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่นละออง เช่น การเผาถ่าน/ขยะ คอกสัตว์ หรือสารต่าง ๆ ที่ทำให้ไอจาม เช่น แป้งฝุ่น ผงซักฟอก ถ้าจำเป็นควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก

- 2.3 หลีกเลี้ยงเครื่องนอนที่ทำจากนุ่น เพราะจะเป็นที่สะสมของฝุ่นละออง ทำให้ระคายเคืองหลอดลม
  - 2.4 หลีกเลี้ยงการอยู่ในที่มีอากาศที่เย็นเกินไป และร้อนเกินไป ปราศจากความชื้น เนื่องจากจะกระตุ้นให้หลอดลมเกิดการหดตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและมีอาการหอบหืดกำเริบได้
  3. ให้คำแนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ดังนี้
    - 3.1 หลีกเลี้ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก ถ้าจำเป็นควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก
    - 3.2 หลีกเลี้ยงการอยู่ใกล้ชิดคนเป็นหวัด หรือโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ถ้าจำเป็นควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก
    - 3.3 ดูแลรักษาความสะอาดปากฟัน โดยเฉพาะหลังฟันยาทุกครั้ง เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค
    - 3.4 แนะนำให้ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ เพื่อป้องกันไขหวัดใหญ่ทุกปี
    - 3.5 สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ เสมหะมีสีเหลืองหรือเขียว ควรรีบมาพบแพทย์
  4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการกำเริบ ดังนี้
    - 4.1 ให้พ่นสูดขยายหลอดลม 2 puff ติดต่อกันทุก 15 นาที x 3 ครั้ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้มาโรงพยาบาลทันที
    - 4.2 ให้จัดทำตัวเองที่เหมาะสมจะทำให้หายใจได้สะดวก ได้แก่ นอนท่าศีรษะสูง พุบกับโต๊ะ หรือหลังพิงผาผนัง ไม่นอนราบกับพื้น
  5. สอนวิธีระบายเสมหะโดยการ
    - 5.1 ดื่มน้ำให้เพียงพอประมาณ 2 - 3 ลิตรต่อวัน
    - 5.2 สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) และสอนบริหารการหายใจ (Breathing exercise)
    - 5.3 หลีกเลี้ยงการซื้อยารับไอมารับประทานเองเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้
  6. ให้คำแนะนำการรับประทานขยายหลอดลม ยาต้านอาการแพ้ และสูดพ่นขยายหลอดลม ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด
  7. ติดตามการออกกำลังกายร่วมกับนักกายภาพบำบัด เพื่อทบทวนและสาธิตเรื่องการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการบริหารปอดที่บ้านอย่างถูกต้อง
  8. ติดตามการใช้ยาร่วมกับเภสัชกร เพื่อทบทวนและสาธิตเรื่อง การรับประทานยา และการพ่นขยายหลอดลมเองที่บ้านอย่างถูกต้อง
- การประเมินผล**

ผู้ป่วยไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ มารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 4 ครั้ง ได้รับการพ่นขยายหลอดลมแบบฝอยละออง 3 ครั้ง แพทย์ให้กลับบ้าน วินิจฉัยว่าเป็น mild Acute Exacerbation of COPD ผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงได้ และดูแลตนเองตามคำแนะนำได้เป็นอย่างดี

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 :** ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

**ข้อมูลสนับสนุน**

**S :** ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่อยากเป็นภาระของภรรยาและบุตรที่ต้องหยุดงาน เพื่อพาตนเองมาหาหมอ เสียเวลาเสียเงิน” ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า “คอยเป็นห่วงทำให้นอนหลับยาก และชอบตื่นตอนกลางดึกๆ และนอนหลับๆ ตื่นๆ จนถึงเช้า”

**O :** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง

**เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. การประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล และหาทางแก้ไขร่วมกันโดยให้ผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วม
2. การอธิบายและตอบข้อซักถามหรือคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อคลายความวิตกกังวล
3. การให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์การรักษา ความก้าวหน้าของโรคที่เป็นอยู่ มีแนวโน้มดีขึ้น

4. การให้คำปรึกษาในการการชี้ให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นความจริงและยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ให้ความมั่นใจผู้ป่วยและให้เข้าใจในศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย

5. การให้คำแนะนำผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการหายใจที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ ควบคุมการหายใจได้เอง การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง สามารถลดอาการหายใจลำบาก ลดความวิตกกังวลได้ ได้แก่ การนั่งสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสวดมนต์ เป็นต้น

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวล พุดคุยระบายความรู้สึกของตนเองได้ ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น พักผ่อนได้ดี รับประทานอาหารได้ดี

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :** ผู้ป่วยสูบบุหรี่เนื่องจากขาดความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่

#### ข้อมูลสนับสนุน

**S :** ผู้ป่วยบอกว่า “สูบบุหรี่วันละ 15-20 มวนต่อวัน ตั้งแต่อายุ 18 ปีจนถึงปัจจุบัน นานกว่า 43 ปี ก็ไม่เห็นเป็นอะไร”

**O :** ผลการประเมินภาวะติดนิโคติน 6 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยลด/เลิกสูบบุหรี่

**เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้ป่วยสามารถลด/เลิกการสูบบุหรี่

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติการสูบบุหรี่และประเมินภาวะติดนิโคตินของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลต่อไป
2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเปรียบเทียบผลดีของการเลิกบุหรี่และผลไม่ดีของการสูบบุหรี่ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลิกบุหรี่
3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ และสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่
4. ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ร่วมกับคลินิกเลิกบุหรี่ โดยการตั้งเป้าหมายในการลด/เลิกสูบบุหรี่ เช่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ต่อวัน เป็นต้น
5. พุดคุยกับสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมการเลิกบุหรี่ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้กับผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ให้ประสบผลสำเร็จดีขึ้น
6. ลงเยี่ยมบ้านติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ และเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ร่วมกับคลินิกเลิกบุหรี่

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยลดจำนวนการสูบบุหรี่เหลือ 1-5 มวนต่อวัน

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างปกติ อายุ 60 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ไอ หายใจเหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 3 วันก่อน ผู้ป่วยมีอาการไอ น้ำมูก เจ็บคอ ซ้ำๆ รับประทานเอง อาการไม่ทุเลา มีอาการเหนื่อย ยาหมัด จึงได้มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 6 ปีก่อนมา เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับการรักษาโรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ไม่สม่ำเสมอ บางครั้งซื้อยาพ่น และรับประทานเอง 4 เดือนก่อนมา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ (COPD exacerbation) จำนวน 2 ครั้ง และนอนพักโรงพยาบาลท่าแซะ 1 ครั้ง (3 วัน) มีประวัติสูบบุหรี่ 15 มวนต่อวัน สูบบุหรี่มาตั้งแต่ อายุ 18 ปี เป็นเวลาประมาณ 43 ปี ปัจจุบันย้ายกลับมาอยู่บ้านตำบลนิคมทุ่งโพธิ์ทะเล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิของร่างกาย 36.9 °C อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 89 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที การหายใจเหนื่อย ฟังเสียงปอดพบ wheezing และ Rhonchi ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง O<sub>2</sub>sat 97% โดยมีผลทางห้องปฏิบัติการดังนี้ ผล CBC พบ WBC 9,960 cell/cu.mm., Lymphocyte 24.7%, Neutrophil 69.7% ผลตรวจจล็ดเลือดรายตัวพบ Potassium 3.35 mEq/L ผลตรวจการทำงานของตับและไตปกติ ผล Chest x-ray พบ Barrel shape chest, hyperinflation of both lungs แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค COPD ได้รับยา Berodual 1 cc + nss 3 cc NB 3 dose ได้ ยากลับบ้าน Theophylline (200 mg) 1 tab ● OD. pc., Cetirizine (10 mg) 1 tab ● OD. pc., BHX 1 tab ● tid. pc.,



Salbutamol MDI 2 dose prn. then q 4 hrs., Seretide MDI (25/125 mcg) 2 puff bid. นัดติดตามอาการทุก 1 เดือน ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วย พบปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้ 1 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากการระบายอากาศในปอดลดลงจากมีลมคั่งค้างในถุงลมปอดและมีเสมหะในทางเดินหายใจ 2 ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่าย 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคเนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง 5 ผู้ป่วยสูบบุหรี่เนื่องจากขาดความรู้ในการเลิกสูบบุหรี่ จากปัญหาดังกล่าวได้ให้การพยาบาลช่วยเหลือแก้ไข้ปัญหาทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะเหนื่อยและการหายใจลำบาก สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตสูง 128/72 - 130/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 94 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที  $O_2Sat = 96 - 99\%$  เสียงการหายใจปกติ ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างไม่พบเสียง Wheezing หรือ decrease breath sound จากการสอบถามผู้ป่วยบอกที่สามารถเดินมาหน้าบ้าน เดินเข้าห้องน้ำได้ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ระดับ 1 ผลการประเมิน CAT score ลดลงจาก 26 เหลือ 12 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร เดินได้ระยะทาง 400 เมตร ผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยลดจำนวนการสูบบุหรี่เหลือ 1-5 มวนต่อวัน และดูแลตนเองตามคำแนะนำได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มแจ่มใส คลายความวิตกกังวล

### วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายนี้ พบว่าผู้ป่วยมีอาการไอหายใจเหนื่อยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกขณะรอตรวจพบผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ส่งเข้าห้องฉุกเฉิน 3 ครั้ง Refer โรงพยาบาลกำแพงเพชร 1 ครั้ง สาเหตุจากผู้ป่วยสูบบุหรี่ 15 มวนต่อวัน ก่อพิษหุงข้าวทำกับข้าว ผาพะยะ การไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง การพ่นยาไม่ถูกต้อง ขาดความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากกรณีศึกษารายนี้มีข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. การติดตามดูแลต่อเนื่องต่อทุก 1 เดือน ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอาการหอบกำเริบ
2. การให้การดูแลรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องมีการวางแผนอย่างมีระบบและรวดเร็ว โดยเน้นใช้กระบวนการพยาบาลให้การดูแลแบบองค์รวม และ
3. พยาบาลควรมีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอให้ทันสมัย เพื่อเพิ่มทักษะในการให้การพยาบาลและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

### สรุป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่อันตรายถึงชีวิต เนื่องจากความผิดปกติจากการขัดขวางหรืออุดกั้นทางเดินอากาศ ทำให้อากาศภายนอกไม่สามารถเข้ามาถึงบริเวณที่มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด แต่อาการแสดงจะเป็นไปอย่างช้าๆ และทรุดลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะไม่เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว แต่จะมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ไม่สามารถทำกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเองได้ ซึ่งอาการหายใจเหนื่อยหอบยังทำให้ผู้ป่วยมีภาวะของการพร่องออกซิเจนจนถึงขั้นรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจวายได้ และยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้อีก เช่น ภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลว ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ถ้าเกิดรุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้เมื่อผู้ป่วยไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินของโรค ดังนั้นการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พยาบาลจะต้องมีความรู้ความชำนาญในทุกๆ ด้าน เพื่อเป็นการประคับประคองแก้ไขอาการที่เกิดเฉพาะหน้า รวมทั้งหยุดยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินต่อไป หรือบรรเทาอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้

## เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565. กรุงเทพมหานคร : สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
2. นภารัตน์ อมรภูมิสถาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>.
3. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : ธนอรุณการพิมพ์; 2565.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9)
5. โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล; 2566.
6. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, ลาลิน เจริญจิตต์. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565; 38(2):12-25.
7. ประทุม สร้อยวงศ์. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
8. อัจฉาณัฐ วังโสม, วิลาวัลย์ อุดมการณ์เกษตร, วันเพ็ญ ชำนาญธรรม. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2567; 21(1):203-215.
9. อัญชิสา รัตนคุณุประการ, ทศนีย์ ภู่อ่างค์, บัวชมพู เอกมาตร, เยาวรัตน์ มัชฌิม, จัตุรฤดี ผักรัตนมนีกุล. ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566; 50(1):112-126.
10. อัญชนา พงศ์พันธ์, บรรณวิชัย สุภาพทรัพย์, ภูมิพัฒน์ ทองน้อย, อรรถกร อ่อนคำ. การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD Guideline 2023. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงได้จาก : [https://www.pharmacycouncil.org/ccpe/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=1332](https://www.pharmacycouncil.org/ccpe/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1332)
11. นวพร เกตุสุระ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะหอบกำเริบในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2567;9(1): 587-595.



## Nursing care for the patients at high risk of bleeding undergoing transesophageal echocardiography : A case study

Ladda Reangkitkan, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Transesophageal echocardiography (TEE) is a procedure where an ultrasound probe is passed through the mouth into the esophagus to capture images of the heart from within the gastrointestinal tract. Cardiovascular patients undergoing TEE while on anticoagulant therapy may face an increased risk of bleeding, potentially leading to severe complications. Therefore, nurses must have the knowledge and skills to provide appropriate nursing care at all stages of the procedure to ensure patient safety, prompt intervention, and prevention of complications.

**Objective :** To provide proper care to patients at high risk of bleeding during transesophageal echocardiography, applicable in nursing practice.

**Case study :** A 16-year-old Thai female with right-sided hemiparesis was diagnosed with cerebral ischemia and an atrial septal defect (ASD). The patient had been on long-term anticoagulant therapy with warfarin. She was scheduled for elective TEE to determine the appropriate treatment. Upon visit, her heart rate was 98 bpm, respiratory rate 22 bpm, blood pressure 134/77 mmHg, and oxygen saturation was 97%, with no signs of abnormal bleeding. The TEE revealed an atrial septal defect suitable for transcatheter ASD closure. Throughout the examination, nursing interventions were categorized into three stages: pre-procedure, during the procedure, and post-procedure. These included 1) potential cancellation or delay of the procedure due to inadequate patient preparation, 2) patient and family anxiety and fear due to limited knowledge about the procedure, 3) risk of aspiration during the procedure, 4) risk of bleeding from oropharynx or esophagus, 5) risk of hypoxia, and 6) risk of recurrent cerebrovascular events due to thromboembolism. Key nursing interventions included educating the patient on pre-procedure and intra-procedure care, monitoring for abnormalities during the procedure, and assessing changes in the patient's condition. Additional interventions involved providing emotional support to the patient and family, educating them about the treatment plan, and advising on health behavior modification and risk factor management. The TEE was performed without any complications, including bleeding.

**Conclusion :** The patient successfully underwent transesophageal echocardiography without complications. This case highlights the importance of nurses being equipped with the skills and experience needed to care for high-risk patients during such procedures. The findings can serve as a guideline for nursing care in similar cases in the future.

**Keywords :** Transesophageal echocardiography, Nursing care, Patients at high risk of bleeding

\* Professional nurse specializing in cardiac examination nursing with special equipment, Special Treatment Nursing Group, Nursing Group, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกง่ายในการตรวจหัวใจ ด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร : กรณีศึกษา

ลัดดา เรืองเชตรการ, พย.บ. \*

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารเป็นการตรวจโดยการสอดกล้องทางปากเข้าสู่หลอดเลือดเพื่อบันทึกภาพของหัวใจจากด้านในของทางเดินอาหาร ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดหากจำเป็นต้องได้รับทำหัตถการดังกล่าวอาจทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการพยาบาล ตลอดจนนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะที่มารับบริการได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์:** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกง่ายในการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา:** หญิงไทย อายุ 16 ปี มีประวัติ 4 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรด้วยอาการแขนขาข้างขวาสั่นไหวรุนแรง ตรวจพบ มีภาวะเส้นเลือดในสมองตีบและมีภาวะผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin) วันนั้นนัดเตรียมตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารเพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ขณะตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% ไม่มีเลือดออกผิดปกติ ผลตรวจพบผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว มีขนาดและลักษณะรูปร่างที่เหมาะสมสามารถรักษาด้วยเทคนิคสายสวน (Transcatheter ASD Closure) โดยไม่ต้องผ่าตัด ปัญหาทางการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมผู้ป่วยก่อนตรวจ ระยะตรวจ และระยะหลังตรวจ ได้แก่ 1. มีโอกาสสูงหรือเลื่อนการตรวจจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล กลัวเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อมารับการตรวจ 3. ผู้ป่วยมีโอกาสรุนแรงต่อการเกิดอันตรายจากการใส่สายตรวจทางหลอดเลือดอาหาร 4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการใส่สายตรวจทางหลอดเลือดอาหาร 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน 6. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 7. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและขณะตรวจการ เฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะตรวจประเมินการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยได้รับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงไม่เกิดภาวะเลือดออกและภาวะแทรกซ้อนอื่น

**สรุปผลการศึกษา:** ผู้ป่วยปลอดภัยการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกง่ายในการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลแก่ผู้รับบริการในทุกระยะที่มารับบริการต่อไป

**คำสำคัญ:** การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร การพยาบาล ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกง่าย

## บทนำ

การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร (Transesophageal Echocardiography: TEE) เป็นเทคนิคการตรวจภาพหัวใจที่ละเอียดมากกว่าการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจแบบทั่วไป (Transthoracic Echocardiography, TTE) เนื่องจากหลอดอาหารอยู่ใกล้กับหัวใจมากกว่า ทำให้ได้ภาพที่ชัดเจนและละเอียดเพื่อการวินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ<sup>1</sup> ขั้นตอนการทำงานจะมีการใส่หลอดตรวจลงไปในหลอดอาหารของผู้ป่วย โดยหลอดนั้นจะมีหัวตรวจ (transducer) ที่ปลาย ซึ่งสามารถส่งและรับคลื่นเสียงได้ ภาพที่ได้สามารถแสดงรายละเอียดของโครงสร้างและการทำงานของหัวใจได้ชัดเจน ช่วยในการประเมินขนาดของรูรั่วของผู้ป่วยโรครูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องบน (atrial septal defect: ASD) ได้อย่างแม่นยำและเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาได้ต่อไป แม้ว่าการตรวจจะมีความปลอดภัยสูง แต่ก็ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ภาวะเจ็บคอ หลอดอาหารฉีกขาด หรือการเกิดภาวะเลือดออกจากการตรวจ<sup>2,3</sup>

ผู้ป่วยโรครูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องบน (atrial septal defect : ASD) เป็นกลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด<sup>4,5</sup> การเกิดรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องบนสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การเกิด Paradoxical emboli มีโอกาสเกิดเพียงร้อยละ 1 แต่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการตีบในหลอดเลือดสมอง และภาวะสมองขาดเลือด จากการที่ Emboli ไหลผ่านรูรั่วที่ผนังกันหัวใจห้องบน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงและความพิการถาวรได้<sup>6,7</sup> การรักษาหรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะหลอดเลือดสมองตีบที่สำคัญคือการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดในระบบไหลเวียนร่างกาย โดยยาที่ใช้กันมาก ได้แก่ วาร์ฟาริน (warfarin) และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดคือ การเกิดภาวะเลือดออกง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด การตรวจ TEE นั้น มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเลือดออกง่ายได้มากยิ่งขึ้น<sup>8</sup> หากจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดควรได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะเลือดออกก่อน หากที่มีภาวะเลือดออกง่ายควรพิจารณาหยุดยาหรือปรับขนาดยาก่อนการตรวจ<sup>9,10</sup>

บทบาทของพยาบาลในกระบวนการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร มีความสำคัญอย่างยิ่งและครอบคลุมในทุกๆ กระบวนการตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพพร้อมทั้งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการทำงานของทีมแพทย์ในการวินิจฉัยโรคหัวใจ ให้ข้อมูลและคำแนะนำที่สำคัญให้แก่ทีมแพทย์เกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยในขณะทำการตรวจ นอกจากนี้พยาบาลยังมีหน้าที่ในการเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการตรวจ ช่วยในการให้ยาที่จำเป็นและดูแลผู้ป่วยในทุกกระบวนการ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและคลายความวิตกกังวลในขณะที่ได้รับการตรวจ<sup>11</sup> ซึ่งบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจจะแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การพยาบาลการดูแลและก่อนตรวจเป็นการประเมินผู้ป่วยและอาการก่อนตรวจเพื่อวางแผนการพยาบาล ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะตรวจ ระยะนี้จะต้องมีการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยอาจมีความหวาดกลัว หรือมีความวิตกกังวล กลัวการตรวจ และระยะที่ 3 การพยาบาลระยะหลังการตรวจ การประเมินก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือหอบุคลากรดูแลจนผลการตรวจจากแพทย์ผู้ตรวจ การประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจ การแนะนำหลังการตรวจ การสังเกตอาการผิดปกติ การนัดตรวจครั้งต่อไป การสังเกตอาการผิดปกติ<sup>12,13,14</sup>

กลุ่มงานการพยาบาลตรวจพิเศษทางหัวใจและคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีการให้บริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ และกลุ่มที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหัวใจตั้งแต่ปี 2565 จากสถิติการให้บริการ ย้อนหลัง สถิติการให้บริการในปี 2565 จำนวน 6 ราย ปี 2566 จำนวน 10 ราย (สถิติจากกลุ่มงานการพยาบาลตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ณ วันที่ 30 ตุลาคม 2566)<sup>15</sup> ซึ่งเป็นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล การให้บริการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร ในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในพื้นที่

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ 16 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 อาชีพ นักเรียน

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเตรียมตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร

## ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

4 เดือนก่อนมา ผู้ป่วยมีประวัติอาการชาครึ่งซีกขวาและอ่อนแรงของแขนและขาข้างขวาในขณะที่นั่งเขียนหนังสือเมื่อประมาณ จึงเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยได้ทำการตรวจวินิจฉัยด้วย CT Brain Non-Contrast ซึ่งพบว่าไม่มีภาวะเลือดออกในสมองเฉียบพลัน หลังจากนั้นผู้ป่วยได้รับการติดตามที่คลินิกหลอดเลือดสมอง และได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย MRI Brain with Gadolinium, MRA และ MRV ผลการตรวจพบลักษณะของภาวะ lacunar infarction เก่าที่บริเวณ centrum semiovalis ทั้งสองข้าง และมีการตีบแคบของหลอดเลือดสมองหลายตำแหน่ง

3 เดือนก่อนมาผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อปรึกษากับอายุรแพทย์โรคหัวใจ และได้ทำการตรวจ ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงซึ่งพบว่ามีภาวะ Atrial Septal Defect (ASD) มีความสงสัยถึงภาวะ paradoxical embolism จึงพิจารณาเริ่มต้นการรักษาด้วยยา warfarin และได้วางแผนการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารเพื่อประเมินสภาพทางกายวิภาคของหัวใจและหลอดเลือดอย่างละเอียดและกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

1 เดือนก่อนมาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพื่อเตรียมตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารแต่มีปัญหา มีปัญหา INR 6.23 สูงเกินค่าเป้าหมาย (2-3) แพทย์พิจารณาปรับยา เลื่อนนัดเตรียมตรวจและนัดติดตามอาการต่อ

วันนี้มาตามนัดเพื่อเตรียมตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร อีกครั้ง

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยใช้สารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา

**ประวัติการแพ้ยา :** ปฏิเสธการแพ้ยา และสารเคมี

**การวินิจฉัยโรค :** Atrial Septal Defect with cerebral infarction due to thrombosis of cerebral arteries

**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**รูปร่างทั่วไป :** รูปร่างสมส่วนน้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI = 22 กก./ม<sup>2</sup>

**สัญญาณชีพ :** อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 134/77 มิลลิเมตรปรอท

**ผิวหนัง :** ผิวสีขาวยellow ความตึงตัวของผิวหนังดี ไม่มีจ้ำเลือดตามตัว ปลายมือปลายเท้า ไม่เขียวคล้ำ ไม่มีบาดแผล

**ศีรษะและใบหน้า :** ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ริมฝีปากสีแดงคล้ำ ลิ้นไม่ม่วง ปลายลิ้นดำ

**ระบบน้ำเหลือง :** คลำไม่พบก้อน ไม่พบต่อมน้ำเหลืองบวมโตบริเวณคอ รักแร้และขาหนีบ

**ตา :** ตาทั้ง 2 ข้าง ไม่บวมแดง ไม่มีพร่ามัว

**หู :** ลักษณะรูปร่างปกติ ได้ยินเสียงชัดเจน ไม่เจาะหู ไม่มีแผลบริเวณใบหูทั้ง 2 ข้าง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งออกจากหูทั้ง 2 ข้าง

**จมูก :** รูปร่างสมมาตรกัน ไม่บิดเบี้ยว ไม่มีสิ่งคัดหลั่งไหลออกมาจากรูจมูกทั้ง 2 ข้าง

**ปากและคอ :** ริมฝีปากไม่แห้ง ไม่ซีด พูดชัดเจน ไม่มีมุมปากตก มีฟัน 2 ซี่ ไม่มีต่อมทอนซิลอักเสบหรือบวมแดง

**ลำคอ :** ลำคอตั้งตรง ไม่มีผิดปกติ ทดสอบให้กลืนน้ำลายไทรอยด์ไม่บวมโต คลำไม่พบก้อนหลอดเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

**ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ :** รูปร่างทรวงอกขณะหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบอกบุ๋ม อกนูน อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ลักษณะการหายใจไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

**Electrocardiogram :** Heart rate: 93 BPM, Regular rhythm, Normal Axis RBBB in V1- V2 Conchitage sign in II,

III Echocardiography : ASD secundum - estimated size 0.8 cm -with left-to-right shunt and RV volume load

**Transesophageal Echocardiography :** ASD secundum, diameter 1.2 x 1.2 cm, left-to-right shunt. Lack of aortic rim, otherwise adequate rims for ASD device closure



## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ			ผลการตรวจ			
สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	หน่วย	16 ต.ค. 2566	13 พ.ย. 2566	17 พ.ย. 2566	18 ธ.ค. 2566
Hct	36.0 – 48.0	%	-	35.5	34.8	
Hb	12 – 16	g/dl	-	14.5	14.7	
PLT Count	140,000 -400,000	cell/mm <sup>3</sup>	-	327,000	324,400	
PT	10.5 – 14.5	sec	23.4	23.4	18.7	23.1
INR	0.9 – 1.2	Sec	6.23	3	2.1	2.66
BUN	8.0 – 23.0	mg%		11	-	-
Creatinine	0.5 – 1.5	mg%		0.65	-	-

### สรุปอาการขณะรับบริการที่งานการพยาบาลตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ

การรับบริการครั้งที่ 1 วันที่ 13 พฤศจิกายน 2566 (ระยะเตรียมผู้ป่วย) ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อเตรียมตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่นหน้ามืด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว มีเลือดออกเล็กน้อยเวลาแปรงฟัน อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% เริ่มยา warfarin 2 เดือนก่อน เคยมีปัญหา INR 6.23 สูงเกินค่าเป้าหมายถูกเลื่อนนัดตรวจ วันนี้ผลตรวจเลือด PT 23.4 INR 3 ซึ่งอยู่ในค่าเป้าหมาย (INR 2-3) แพทย์พิจารณาตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 โดยให้ดยา warfarin ก่อนตรวจ 3 วัน

การรับบริการครั้งที่ 2 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 (ระยะตรวจประเมิน) ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สิ้นหัวใจทงกลั่นงออดแมตตลอดเวลาในขณะช้กประวัตี ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีใจสั่น ไม่มีหน้ามืดหรืออวบหมดสติ ไม่มีบวมตามร่างกาย ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่แขนขาอ่อนแรงผิดปกติ อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ประเมินความพร้อมปฏิบัติได้ครบถ้วนตามคำแนะนำ และงดน้ำและอาหาร 6 ชั่วโมง งดยา warfarin 3 วันตามแพทย์สั่ง ผลตรวจเลือด PT 18.7 INR 2.1 ก่อนเริ่มการตรวจหัวใจ ด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยมีอาการกลัวร้องไห้ กระสับกระส่ายไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการตรวจ หลังให้ข้อมูลและให้กำลังใจผู้ป่วยเริ่มทุเลาอาการกลัวและให้ความร่วมมือในการตรวจดี ขณะตรวจสัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติดี อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีเลือดออก ในทางเดินอาหาร สังเกตอาการหลังการตรวจ 30 นาที ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% ไอขับเสมหะได้ดี ไม่มีเลือดออกผิดปกติ ผลการตรวจพบ ASD secundum, diameter 1.2 x 1.2 cm, left-to-right shunt. Lack of aortic rim, otherwise adequate rims for ASD device closure. แพทย์พิจารณาส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลพุทธชินราชเพื่อทำการรักษาด้วยเทคนิคสายสวนโดยไม่ต้องผ่าตัด (Transcatheter ASD Closure) แบบผู้ป่วยนอกและอนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้กลับไปรับประทานยาเดิม นัดติดตามอาการ 1 เดือน

การรับบริการครั้งที่ 3 วันที่ 18 ธันวาคม 2566 (ระยะนัดติดตามผล) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผู้ป่วยมีอาการรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่น หน้าอก ไม่มีใจสั่นหน้ามืด ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน อุณหภูมิกาย 36 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% หลังจากประเมิน 1 เดือน ผลตรวจเลือด PT 23.40 INR 2.66 ซึ่งอยู่ในค่าเป้าหมาย

ญาติบอกว่า รู้สึกกังวลเพราะเห็นผู้ป่วยยังลืมนินยาบางครั้ง ต้องคอยเตือน ชอบกินขนมก็สำเร็จรูปและไก่ทอดบ่อยๆ ได้ส่ง  
ประสานการดูแลต่อที่คลินิกโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยง

#### การวางแผนการพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา แบ่งตามการรับบริการได้ 3 ระยะ ดังนี้

#### ปัญหาทางการพยาบาลระยะเตรียมผู้ป่วย

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสสูง หรือเลื่อนการตรวจจากการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจไม่ถูกต้อง

##### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยถามว่า การเตรียมตัวก่อนตรวจต้องทำอะไรบ้าง

O : ไม่มีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการตรวจการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร

: ผู้ป่วย ASD อายุ 16 ปี กินยา warfarin เคยมีปัญหา INR สูงเกินค่าเป้าหมายเคยถูกเลื่อนนัดตรวจหัวใจด้วย  
คลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร

##### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดโอกาสการเลื่อนหรืองดการทำหัตถการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล : ได้รับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารตามนัดหมาย

กิจกรรมการพยาบาล : เป็นการให้การพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมาทำการนัดหมายการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง  
ผ่านทางหลอดเลือดอาหารที่ศูนย์โรคหัวใจ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำเน้นย้ำการงดน้ำงดอาหาร ตั้งแต่เวลา 00.01 น. ของเช้าวันที่นัดส่องกล้อง (17 พฤศจิกายน 2566) ไม่รับประทาน  
อาหารทุกชนิดจนกว่าจะส่องกล้องเสร็จสิ้น เพื่อป้องกันการสำลักเอา น้ำ เศษอาหาร หรือสิ่งคัดหลั่งในกระเพาะอาหารเข้าไปในทางเดินหายใจ
2. ชักประวัติการใช้ยาที่ใช้อยู่ประจำและศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ประเมินภาวะเสี่ยงขณะส่องกล้อง เนื่องจากผู้ป่วย  
รับประทานยาละลายลิ่มเลือด ต้องหยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนการส่องกล้อง 3 วัน ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารและการเซ็นใบยินยอมทำหัตถการ
4. ให้ญาติมาคอยดูแล เช่น บิดาหรือมารดาเป็นเพื่อนอย่างน้อย 1 คน
5. ให้ความรู้จากสื่อของหน่วยงาน แจกแผ่นพับคู่มือการปฏิบัติตัว ขั้นตอนการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร  
ทบทวนการปฏิบัติตัวที่บ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
6. ให้ใบนัดหมายการตรวจวันที่ 17 พฤศจิกายน 2566 เวลา 10.00 น. พร้อมอธิบายให้ยื่นใบนัดที่ศูนย์โรคหัวใจตึก 3  
ชั้น 3 โรงพยาบาลกำแพงเพชร หากต้องการยกเลิกให้โทรติดต่อแจ้งล่วงหน้า

ประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยได้รับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารตามนัดหมาย

#### การรับบริการครั้งที่ 2 ระยะตรวจประเมิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตน

เมื่อมารับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร

##### ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่ากลัว

O : ผู้ป่วยนั่งกอดแม่ตลอดเวลาในขณะที่ซักประวัติ ก่อนเริ่มการตรวจมีอาการกลัวร้องไห้  
กระสับกระส่ายไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการตรวจ

: ญาติมีสีหน้าวิตกกังวลถามเกี่ยวกับกระบวนการตรวจและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

## กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายแผนการรักษาของแพทย์สร้างเจตคติที่ถูกต้อง อธิบายวัตถุประสงค์ข้อบ่งชี้ในการตรวจ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร การปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบและแนวทางแก้ไข การดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นว่าพยาบาลพร้อมให้ความช่วยเหลือ โดยเรียกชื่อผู้ป่วยอย่างให้เกียรติและมีศักดิ์ศรีให้การต้อนรับด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส รับฟังและเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย สังเกตและเอาใจใส่เพื่อประเมินอาการและความพร้อมของผู้ป่วย แสดงความเอื้ออาทรและความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และญาติซักถามในสิ่งที่วิตกกังวล ให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

3. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่าง ๆ ที่แสดงออกพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างรวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิบัติหน้าที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

4. ให้ข้อมูลก่อนการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารว่าเป็นกล้องส่องชนิดอ่อน หักงอได้ตามรูปร่างของทางเดินอาหาร

5. อธิบายผู้ป่วยว่าการตรวจไม่ได้ให้ยาสลบ แต่จะให้ยาชาเฉพาะที่พ่นทางจมูกและปากเพื่อกดรีเฟล็กซ์การกลืน (gag reflex) ผู้ป่วยจะรู้สึกขมๆ ในคอ และอาจรู้สึกไม่สบายระหว่างตรวจ ผู้ป่วยจะได้รับยานอนหลับทางหลอดเลือดดำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และระหว่างส่องกล้องผู้ป่วยจะได้รับการให้ออกซิเจนผ่านจมูก

**ประเมินผลการพยาบาล :** ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการตรวจรักษาดี

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการสำลักขณะใส่สายตรวจทางหลอดเลือดอาหาร

**ข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยบอกว่า กลัว

O : ก่อนเริ่มการตรวจมีอาการกลักร้องไห้ กระสับกระส่าย เมื่อมีการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปจะมีโอกาสเกิด gag reflex

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลักขณะใส่สายตรวจทางหลอดเลือดอาหาร

**เกณฑ์การประเมิน :** ผู้ป่วยได้รับการป้องกันความเสี่ยงต่างๆที่อาจก่อให้เกิดการสำลักขณะใส่สายตรวจทางหลอดเลือดอาหาร

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการงดน้ำและอาหารก่อนส่องกล้องอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง
2. เตรียมและตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง suction
3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนเอียงหน้ามาทางซ้าย
4. ใส่ mouth guard ให้อยู่ระหว่างฟันของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกัดกล้อง ระวังริมฝีปากไม่ให้มีการกดในระหว่างใส่ mouth guard และเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นในการใส่ mouth guard เพื่อป้องกันฟันโยกหรือฟันหลุดตกลงไปในหลอดลม
5. อธิบายการรับประทานอาหารหลังส่องกล้อง ให้งดอาหารและน้ำต่ออีกประมาณ 1-2 ชั่วโมง ให้ยาชาหมดฤทธิ์เพื่อป้องกันการสำลัก โดยเมื่อครบ 2 ชั่วโมง ให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย หรือลองจิบน้ำดูว่าการกลืนทำงานปกติหรือไม่ ถ้ากลืนได้ปกติดี จึงสามารถดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ตามปกติ

### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก ทางเดินหายใจโล่ง
2. ผู้ป่วยไม่เกิดการสำลัก
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ชีพจรสม่ำเสมอ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการใส่สายตรวจทางหลอดอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน S:

O : ผู้ป่วยมีประวัติรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (warfarin)

: ก่อนเริ่มตรวจผู้ป่วยมีอาการกลัวร้องไห้ กระสับกระส่ายไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการตรวจ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเลือดออกขณะใส่สายตรวจทางหลอดอาหารและหลังตรวจ

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิต  $> 90/60 < 140/90$  mmHg.
2. อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที
3. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที
4. ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดขณะตรวจและหลังตรวจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรครวมอื่นๆ
2. ตรวจสอบการงดยาละลายลิ่มเลือดล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วันก่อนการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหารในผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด
3. ตรวจสอบผลการแข็งตัวของเลือดทางห้องปฏิบัติการ (coagulogram) ต้องอยู่ในค่าเป้าหมายและเฝ้าระวังติดตามอาการเลือดออกที่ผิดปกติจากการประเมินหัวข้อต่อไปเช่น สัญญาณชีพ ระดับฮีโมโกลบินและฮีมาโตคริต
4. ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 ml iv drip 80 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระดับปริมาณน้ำและเกลือแร่ในร่างกายให้สมดุล
5. บันทึกชีพจรและความดันโลหิตทุก 5 นาที เพื่อประเมินภาวะช็อคจากเลือดออกผิดปกติซึ่งมักพบอาการ ชีพจรเต้นเร็วกว่าเดิม 10-20 ครั้งต่อนาที และต้นขาจากความดันหลอดเลือดแดงต่ำ ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และ pulse pressure แคบ
6. สังเกตอาการผิดปกติเช่น ความรู้สึกเปลี่ยนไปจากเดิม สับสน กระสับกระส่ายบางรายอาจมีอาการซีดลง จากการที่มีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ผิวหนังซีด เย็นปลายมือปลายเท้า
7. ปลอบโยนและให้กำลังใจผู้ป่วยขณะทำหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและผ่อนคลายให้ความร่วมมือในการตรวจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะบาดเจ็บในทางเดินอาหารขณะตรวจ
8. สังเกตและบันทึกจำนวนการเสียเลือดจากสิ่งที่ขับออกมาจากร่างกายทั้งหมด เช่น น้ำลาย เสมหะ อาเจียน ปัสสาวะ ถ้าพบว่าผิดปกติต้องรายงานให้แพทย์ทราบทันที

การประเมิน

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%
2. ผู้ป่วยผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการตรวจดี ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีอาเจียนหรือเสมหะเป็นเลือด ในขณะที่ทำและหลังทำหัตถการ

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน S :

O : ผู้ป่วยได้รับ Topical anesthesia คือ 10 % Xylocaine Spray ฟันคอ และยา sedation ขณะส่องกล้อง เมื่อมีการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปจะมีโอกาสเกิด gag reflex

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น มีสีคล้ำบริเวณริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า

ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และค่าoxygen saturation ไม่ต่ำกว่า 95%

## กิจกรรมการพยาบาล

### 1. การประเมินผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการ

1.1 ประเมินระดับความเสี่ยงในการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เช่น โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการหายใจหรือระบบหัวใจและหลอดเลือด

1.2 ตรวจสอบค่าชีพจร อัตราการหายใจ และระดับออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) เพื่อให้ทราบถึงสภาพพื้นฐานของผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการ

### 2. การเตรียมอุปกรณ์และสภาพแวดล้อม

2.1 จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยหายใจ เช่น เครื่องให้ออกซิเจน หน้ากากออกซิเจน หรือถังออกซิเจนให้พร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉิน ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์การช่วยหายใจเพื่อให้มั่นใจว่าจะสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

### 3. การเฝ้าระวังระหว่างทำการหัตถการ

3.1 จัดทำนอนในลักษณะศีรษะสูงเพื่อป้องกันการสำลักและส่งเสริมการระบายอากาศ

3.2 ดูให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาทีตามแผนการรักษา

3.3 ดูแลให้ยาบรรเทาอาการอย่างเหมาะสมตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบและลดการตอบสนองต่อการกระตุ้นของกลองตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง

3.4 เฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของค่าชีพจรและระดับออกซิเจนในเลือด สังเกตอาการผิดปกติ เช่น หายใจลำบาก ชีตหรือเขียว ซึ่งอาจบ่งบอกถึงการพร่องออกซิเจน ในกรณีที่พบความผิดปกติ เช่น ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง แจ้งให้แพทย์ทราบทันทีและเตรียมพร้อมให้ความช่วยเหลือทันที

4. การดูแลหลังทำการหัตถการ ควรตรวจสอบการหายใจและระดับออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะฟื้นตัวเต็มที่

การประเมิน

1. ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99%

2. ระดับความรู้สึกของผู้ป่วยดี พูดคุยโต้ตอบได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยถามว่าจะรักษาได้หรือไม่ ต้องเตรียมตัวอย่างไรก่อนไปโรงพยาบาลพุทธชินราช

O : ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดอาหาร พบ ASD secundum, diameter

1.2 x 1.2 cm, left-to-right shunt. Lack of aortic rim, otherwise adequate rims for ASD device closure.

: แพทย์พิจารณาส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลพุทธชินราชเพื่อทำการรักษาด้วยเทคนิคสายสวนโดยไม่ต้อง

ผ่าตัด (Transcatheter ASD Closure) แบบผู้ป่วยนอก

## วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

2. เตรียมเอกสารและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนไปรักษาต่อโรงพยาบาลพุทธชินราช

## เกณฑ์การประเมินผล

1. สีน้าผู้ป่วยและญาติดีขึ้น ไม่สอบถามซ้ำคำถามเดิม

2. เตรียมเอกสารและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและครบถ้วน

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล และซักถามข้อสงสัยอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน

3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติด้วยวาจาสุภาพ กิริยาท่าทางที่แสดงถึงความจริงใจ

4. อธิบายเรื่องเกี่ยวกับโรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว ผลการตรวจวินิจฉัย แนวทางการรักษาของแพทย์
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ขั้นตอนการผ่าตัด พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนตรวจด้วยสื่อบประกอบการสอน และแผนพับ
6. ประสานส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเตรียมรายละเอียดและเอกสารต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาด้วยเทคนิคสายสวนโดยไม่ต้องผ่าตัด (Transcatheter ASD Closure) แบบผู้ป่วยนอก
7. แนะนำและรวบรวมเอกสาร ได้แก่ ใบส่งตัว ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร ผลเอ็กซเรย์ปอด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่รับประทาน
8. คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลจากแพทย์โดยตรง หรือเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยร่วมวางแผนการตรวจรักษากับแพทย์เจ้าของไข้
9. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ และคลายความกังวล

#### การประเมินผล

1. สีน้าผู้ป่วยและญาติดีขึ้น ดีขึ้น ไม่สอบถามซ้ำคำถามเดิม
2. เตรียมเอกสารได้ครบถ้วน และบอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ได้แก่ นำยาที่รับประทานและญาติไปด้วยเป็นต้น

#### การรับบริการครั้งที่ 3 (ระยณะนัดติดตามผล)

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ

#### ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยสอบถาม ลืมกินยาบางครั้งจะเป็นอะไรหรือไม่
- : ญาติให้ข้อมูลว่า รู้สึกกังวลเพราะเห็นผู้ป่วยยังชอบกินเบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปและไก่ทอดบ่อยๆ
- O : ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารพบว่าผู้ป่วยยังคงมีผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน
- : ผู้ป่วยมีภาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดการอุดตันของลิ่มเลือดได้ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดที่ผิดปกติ
- วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ผู้ป่วยจะไม่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ และสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องได้
- #### กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูล คำแนะนำ เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลได้ระดับหนึ่ง
2. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลในเรื่องของโรคที่ผู้ป่วยเป็น คือโรคมีรูรั่วระหว่างผนังกันหัวใจห้องบน และหลอดเลือดสมอง เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารไขมันสูง และอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น ของทอด อาหารหมักดอง อาหารกึ่งสำเร็จรูป การพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อติดตามอาการ
3. ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีโอกาสเป็นซ้ำได้มากกว่าคนปกติ นอกจากการปฏิบัติที่ถูกต้องแพทย์จะรักษาโดยให้รับประทานยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือยาต้านเกล็ดเลือด คือ ยา Warfarin เน้นย้ำให้ทราบถึงอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างการไ้ยา และอาการผิดปกติ ที่ต้องแจ้งแพทย์พยาบาลทราบ เช่น จุดจ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและครบถ้วน ได้แก่ รับประทานยาต่อเนื่อง รับประทาน อาหารจืด ไขมันน้อย การออกกำลังกายที่เหมาะสม มาตรวจตามนัด ถ้ามีอาการเหนื่อยง่าย มีจุดจ้ำเลือดตามตัวหรือแขนขาอ่อนแรงผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนนัด
2. ประเมินติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราชตามนัด รับประทานยาถูกต้อง ผลตรวจ Coagulogram ; PT 23.1 second, INR 2.01 ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย มีจุดจ้ำเลือดตามตัวหรือแขนขาอ่อนแรงผิดปกติ



## สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 16 ปี มารับบริการที่คลินิกตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ เพื่อนัดตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ด้วยอาการแขนขาข้าง ซ้ายอ่อนแรงตรวจพบว่ามีภาวะเส้นเลือดในสมองตีบและมีภาวะผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว ได้รับยา warfarin เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด thromboembolism และเพื่อวางแผนในการรักษาความผิดปกติของหัวใจ บทบาทพยาบาลเริ่มตั้งแต่การเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนตรวจ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติในการตรวจ ป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากสภาวะของโรคร่วมให้ผู้ป่วยเพื่อให้ได้ตรวจตามนัดหมาย ระยะตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร ให้การพยาบาลระยะตรวจเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ให้พร้อมใช้ สังเกตอาการ ผิดปกติ ดูแลด้านจิตใจระหว่างการส่องกล้องขณะสังเกตอาการหลังการตรวจผลการตรวจพบ ASD secundum, diameter 1.2 x 1.2 cm, left-to-right shunt. Lack of aortic rim, otherwise adequate rims for ASD device closure. แพทย์ พิจารณาส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลพุทธชินราชด้วยเทคนิคสายสวนโดยไม่ต้องผ่าตัด (Transcatheter ASD Closure) แบบผู้ป่วยนอกและให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมเอกสารและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

## วิจารณ์

การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหารมีความสำคัญและมีความทันสมัย ประกอบกับหัตถการนี้เป็นเทคโนโลยีใหม่ ยังมีการศึกษาที่จำกัด ดังนั้นพยาบาลต้องนำความรู้ทางการพยาบาลมา ประยุกต์ใช้ในทุกระยะของการตรวจ ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษา ระยะตรวจ และระยะหลังตรวจเพื่อเตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว ขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ในการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจตามนัดหมาย ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ทำให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะเลือดออกที่ตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียง สะท้อนความถี่สูงผ่านทางหลอดเลือดอาหาร จัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อมใช้ในการทำหัตถการ
2. นำปัญหา อุปสรรคต่างๆ มาทบทวน ปรับแก้ไขและประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. นำความรู้ไปเผยแพร่ในโรงพยาบาลชุมชน ในการประเมินเบื้องต้นได้ ใช้เป็นแนวทางในการปฐมนิเทศพยาบาลจบใหม่ นักศึกษาพยาบาลฝึกงาน นิสิตคณะสหเวชศาสตร์ สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

## เอกสารอ้างอิง

1. Mügge A. Transösophageale Echokardiographie (TEE) [Transesophageal echocardiography (TEE)]. Z Kardiol. 2000;89 Suppl 1:110-8.
2. Johns Hopkins Medicine. Health : Transesophageal Echocardiogram. [online]. [cited 2024,15 Jul]. Available form: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/transesophageal-echocardiogram>.
3. Sobrino A, Basmadjian AJ, Ducharme A, Ibrahim R, Mercier LA, Pelletier GB, et al. Multiplanar transesophageal echocardiography for the evaluation and percutaneous management of ostium secundum atrial septal defects in the adult. Arch Cardiol Mex. 2012 Jan-Mar;82(1):37-47.
4. ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว. [online]. [cited 2024,15 Jul]. Available form: <https://www.doctordek.com/index.php/2022-10-05-02-27-3/4-15/16-11>
5. วิรัตน์ วิตินวงศ์, มลิวลย์ ออฟูงศ์ (บรรณาธิการ). โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด : หลักการรับความรู้สึกรู้. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2565.



6. Park MK. The Pediatric Cardiology Handbook. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2016
7. สุรีย์ เลขวรรณจิตร. พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2556 .
8. สมบัติ มุ่งทวีพงษา. โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ท่าพระจันทร์; 2566.
9. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ; 2553.
10. สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ. "COMMON PITFALL IN WARFARIN MANAGEMENT". [online]. [cited 2024,15 Jul]. Available form: <https://www.file:///C:/Users/phm/Downloads/pitfall%20of%20warfarin%20therapy.pdf>.
11. Johnson C, Lee S. The Vital Role of Nurses in Trans esophageal Echocardiography (TEE) Procedures. Journal of Cardiac Nursing 2023, 12(3), 45-56.
12. Martin P. Echocardiogram. (Updated on April 29, 2024). [online]. [cited 2024,15 Jul]. Available form: <https://nurseslabs.com/echocardiogram/#h-nursing-responsibilities>.
13. สมฤดี ยังเจริญ. การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่รักษาด้วยการส่องกล้อง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2565, 7(2):45-51
14. คณะกรรมการทึมนำทางคลินิกกุมารเวชศาสตร์หัวใจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (ม.ป.ป.). คู่มือผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. [online]. [cited 2024,15 Jul]. Available form: [https://heart.kku.ac.th/images/PDF/M\\_ped/pipctPed-036.pdf?type=file](https://heart.kku.ac.th/images/PDF/M_ped/pipctPed-036.pdf?type=file)
15. ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติตรวจ TEE ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลกำแพงเพชร 2565-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.



## Nursing care of schizophrenia patients with paranoid type : Two case studies

Uraiwan Phumchan, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction** : Schizophrenia is a psychiatric disorder characterized by abnormalities in the brain that affect thoughts, emotions, and behavior. The paranoid type of schizophrenia is the most common. Patients with this type often experience symptoms such as distrust of others, hallucinations, and varying levels of aggressive behavior. These symptoms tend to persist over the long term, making continuous monitoring and care essential to prevent treatment discontinuation, which can lead to violent incidents.

**objective** : The purpose is to evaluate nursing outcomes and develop nursing guidelines for patients with paranoid-type schizophrenia

**Case study** : Two male patients, aged 41 and 49, presented with hallucinations and aggression. Both were diagnosed with paranoid schizophrenia. Intramuscular injections and oral medications were administered to control their symptoms. The nursing care was divided into four phases: 1) initial admission, 2) care during admission, 3) ongoing care and discharge planning, and 4) the rehabilitation period. Six nursing diagnosis were 1) cognitive and perception impairments 2) aggressive behavior 3) sleep disorder 4) adverse effects of antipsychotic medications. 5) against for treatment due to not accepting symptoms of mental illness and 6) reuse addiction then nursing interventions, both patients showed safety improvement by nursing process with total lengths of stay of 15 and 11 days, respectively.

**Summary of the case studies** : Patients are kept safe from psychiatric crises through the essential role of psychiatric nurses. These nurses play a crucial part in gaining knowledge, developing skills, and building expertise in problem assessment, planning, and implementing nursing practices to effectively solve problems within the patient's context. This case study can serve as a guideline for nursing care for patients with paranoid-type schizophrenia.

**Keywords** : Schizophrenia, Paranoid symptoms, Aggressive behavior, Case study

---

\*Register nurse, Professional level, Psychiatric ward, Mae Sot Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง : กรณีศึกษา 2 ราย

อุไรวรรณ พุ่มจันทร์, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยมักมีอาการไม่ไว้วางใจผู้อื่น หูแว่ว บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดการรักษาและก่อให้เกิดความรุนแรงในพื้นที่

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลและเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วย เพศชาย 2 ราย อายุ 41 ปี และ 49 ปี มาด้วยอาการหูแว่ว มีพฤติกรรมโยเยว้าว ชู้ทำร้ายผู้อื่น ทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) ได้รับการรักษาเพื่อควบคุมอาการแบบยาลดเข้ากล่อมเนื้อร่วมกับยารับประทาน ซึ่งปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะแรกเริ่ม 2) ระยะการพยาบาลระหว่างอยู่ในหอผู้ป่วย 3) ดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย และ 4) ระยะฟื้นฟูสภาพ โดยมี 6 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) บกพร่องด้านกระบวนการความคิดและการรับรู้ 2) มีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน 3) แบบแผนการนอนแปรปรวน 4) มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาอาการทางจิต 5) มีโอกาสไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา จากไม่ยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเอง และ 6) มีโอกาสกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลรวม 15 วันและ 11 วัน ตามลำดับ

**สรุปกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตทางจิตเวช ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญ ต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะความชำนาญในการประเมินปัญหา วางแผน นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาตามบริบทของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากกรณีศึกษานี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงต่อไป

**คำสำคัญ :** จิตเภท หวาดระแวง พฤติกรรมรุนแรง กรณีศึกษา

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลแม่สอด

## บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมองแสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงอาการที่ดีขึ้นเป็นระยะ<sup>1</sup> โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงเป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด ผู้ป่วยมักมีอาการไม่ไว้วางใจผู้อื่น หูแว่ว บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว<sup>2</sup> โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข มีความชุกในประชากรทั่วโลกประมาณ ร้อยละ 0.3 – 0.7 และอุบัติการณ์ของโรคพบประมาณ 1.5 คนต่อประชากร 10,000 คน<sup>3</sup> และพบความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 – 1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.31 และการสำรวจระดับวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาค พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.17 การป่วยด้วยโรคนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม มีผลกระทบต่อครอบครัว เป็นต้น ผู้ป่วยจิตเภทหากมีอาการทางจิตกำเริบ มีหูแว่ว หลงผิด อาจทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น<sup>4</sup> ก่อให้เกิดอันตรายต่อสังคมได้ มีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคนปกติ พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยจิตเภทมักติดสุราหรือสารเสพติด นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่ระยะวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง<sup>5</sup>

โรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง เริ่มเปิดให้บริการหอผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ปัจจุบันมีจำนวน 13 เตียง แบ่งเป็นสามัญผู้ชาย 5 เตียง สามัญผู้หญิง 5 เตียง ห้องพิเศษ 2 ห้อง ห้องแยก 1 ห้อง สถิติการให้บริการผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 224, 322, 319 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคจิตเภท 43, 38, 60 ราย ตามลำดับ เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง จำนวน 18, 15, 20 ราย ตามลำดับ<sup>6</sup> ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงมีโอกาสเกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เกิดความเสี่ยงที่รุนแรงขึ้นได้ เช่น เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน หากไม่ได้รับการรักษา อาจลุกลามจนส่งผลให้เกิดทรัพย์สินเสียหาย การบาดเจ็บหรือเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ผลการรักษาที่เปลี่ยนแปลงไปมี 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) หายขาดโดยไม่กลับมาเป็นอีก 2) หายขาดโดยกลับมาเป็นอีก 3) หายไม่สมบูรณ์แต่สามารถเข้าสังคมได้ 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการช่วงแรก และ 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพจากการดำเนินโรค พบว่า ผู้ป่วยที่มีลักษณะที่ 2-5 ญาติต้องนำพามารับการรักษาที่โรงพยาบาล<sup>7</sup> ความรุนแรงของโรคภายหลังการรักษาขึ้นกับหลายปัจจัย โดยส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับสาเหตุหลักของการเกิดโรคที่เข้ารับการรักษา

พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญและให้การพยาบาล การเฝ้าระวังติดตามประเมินอาการ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การติดตามเยี่ยมบ้านและการมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท 2 รายนี้ จะช่วยสะท้อนให้เห็นบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามมาตรฐานการพยาบาล อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

## วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลลัพธ์การพยาบาลและเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง

## วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง 2 ราย ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลแม่สอด
2. รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
3. ทบทวนวรรณกรรม
4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลและให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing care process) ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล
5. สรุปผลการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะ

## ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง (n=2)

ลักษณะของผู้ป่วย	รายที่ 1	รายที่ 2
เพศ อายุ เชื้อชาติ	ชาย 41 ปี ไทย	ชาย 49 ปี ไทย
ภูมิลำเนา	อำเภอแม่สอด	อำเภอท่าสองยาง
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	ประถมศึกษาปีที่ 1
สถานภาพสมรส	โสด	สมรส
อาชีพ	ว่างงาน	เกษตรกร
ศาสนา	พุทธ	คริสต์
สิทธิการรักษา	UC ผู้พิการ/ทุพพลภาพ ในเขต	UC ผู้มีรายได้น้อย นอกเขต
ผู้ดูแล	พี่สาว	บิดา/มารดา
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล	20 มิถุนายน 2567	18 เมษายน 2567
อาการสำคัญ	6 ชั่วโมงก่อนมา หูแว่ว อะอะโวยวาย	3 วัน หูแว่ว ชู้ทำร้ายคนในครอบครัว
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 สัปดาห์ มีหูแว่ว เดินไปมา พูดไม่รู้เรื่อง มีหลงผิด ไปอะอะโวยวาย ที่วัด	1 สัปดาห์ ภรรยาพาถูกหนีไปที่อื่น เครียด หูแว่ว ชู้ทำร้ายคนในบ้านและชุมชน
จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วย ในปี 2567	2 ครั้ง	1 ครั้ง
ระยะเวลาเจ็บป่วยทางจิต	20 ปี	14 ปี
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีญาติเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช	ไม่มีญาติเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช
โรคประจำตัว/การผ่าตัด	ไม่มี/ไม่เคย	ไม่มี/ไม่เคย
ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด	เคยใช้สารเสพติดชนิด meth-amphetamine หยุดใช้นานกว่า 10 ปี	ใช้สารเสพติดชนิด meth-amphetamine, cannabis
ประวัติการดื่มสุรา/การสูบบุหรี่	ไม่ดื่ม/สูบบุหรี่	ดื่ม/สูบบุหรี่
ประเมินภาวะซึมเศร้า	ไม่มี	ไม่มี
ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวแรกเริ่ม	คะแนน OAS=0	คะแนน OAS=1
สัญญาณชีพ	BP=157/96mmhg. P=106/min. R=20/min. T=36.5 c	BP=130/77mmhg. P=88/min. R=20/min. T=37.5 c
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
CBC	-WBC 7,600 /uL -Neutrophil 52.4% -Lymphocyte 37.1% -Hct 39.1% -Platelet count 53,000 /uL -Absolute Neutrophil Count 3,982 /uL	-WBC 9,500 /uL -Neutrophil 68.3% -Lymphocyte 19.8% -Hct 40.8% -Platelet count 287,000 /uL -Absolute Neutrophil Count 6,489 /uL
Bun / Creatinine	9.8 mg/dL / 1.01 mg/dL	13.6 mg/dL / 0.93 mg/dL
Electrolyte	-NA 140.1 mmol/L -K 4.19 mmol/L -Cl 105.5 mmol/L -tCO <sub>2</sub> 23 mmol/L	-NA 139.8 mmol/L -K 3.89 mmol/L -Cl 104.5 mmol/L -tCO <sub>2</sub> 24.1 mmol/L





ลักษณะของผู้ป่วย	รายที่ 1	รายที่ 2
Urine Meth-amphetamine/ Tetrahydrocannabinol/ Morphine (opioids)	-	ตรวจไม่พบ
FBS	100 mg/dL	-

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (n=2)

แบบแผนสุขภาพ	รายที่ 1	รายที่ 2
1. การรับรู้และการ ดูแลสุขภาพ	ซักถามจากผู้ป่วยและพี่สาวของผู้ป่วยที่บ้าน รับประทานยาจิตเวชไม่สม่ำเสมอ สิบบุหรี่ 2-3 มวน/วัน ไม่ดื่มสุราและหยุดใช้ยาเสพติดมานานกว่า 10 ปี มีอาการพูดคนเดียว เหม่อลอย ผู้ป่วย คาดหวังว่าโรคที่เจ็บป่วยรักษาให้หายได้ ญาติ รับรู้โรคที่ผู้ป่วยเป็นต้องรักษาตลอดชีวิต คาดหวังอยากให้รักษาจนอาการดีขึ้น	ซักถามข้อมูลจากผู้ป่วยและบิดา ที่บ้านผู้ป่วยไม่ รับประทานยาจิตเวช สิบบุหรี่ 4-6 มวน/วัน ดื่ม สุรา ½ ขวด/วัน ใช้ยาเสพติดร่วมด้วย มีอารมณ์ หงุดหงิด ทะเลาะกับภรรยาและลูก ทำให้ภรรยา กับลูกหนีออกจากบ้าน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเครียด นอนไม่หลับ คิดว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยทาง จิตเวชไม่จำเป็นต้องรักษา ญาติคาดหวังอยากให้ รักษาจนอาการดีขึ้นและอยากให้เลิกใช้ยาเสพติด รับประทานยา 2-3 มื้อ/วัน
2. ภาวะโภชนาการ และการเผาผลาญ	รับประทานอาหาร 3 มื้อ/วัน ค่า BMI ปกติ	รับประทานอาหาร 2-3 มื้อ/วัน ค่า BMI ปกติ
3. การขับถ่าย	การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ	การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ
4. กิจกรรมและการ ออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง	ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง
5. การนอนหลับ พักผ่อน	นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน มีปัญหานอนไม่หลับ	นอนหลับ วันละ 4-6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 เดือน มีปัญหานอนไม่หลับ
6. สถิติปัญหา การรับรู้ และประสาทสัมผัส	รับรู้บุคคล สถานที่ที่เป็นปกติ หลงลืมวันที่และเวลา การตอบโต้ทางอารมณ์ปกติ มีหูแว่ว หลงผิด	รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ที่เป็นปกติ ความจำและ การตอบโต้ทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย มีหูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา วิตกกังวล เรื่องเสียงที่ได้ยินในหู คิดถึงมารดาเสียชีวิตทำให้ รู้สึกไม่สบายใจ	ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มี หงุดหงิด วิตกกังวลเรื่องหูแว่ว เครียดเรื่องภรรยา กับลูกหนีออกจากบ้าน
8. บทบาทและ สัมพันธภาพ	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับพี่สาวดี ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย และการพามารับการรักษา	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบิดาและมารดาดี
9. เพศสัมพันธ์และ การเจริญพันธุ์	ไม่มี	ไม่มี
10. ความเครียด/ความ ทนต่อความ เครียด	เวลาเครียดจะสูบบุหรี่และไปเดินเล่นที่วัด	เครียด จะสูบบุหรี่ ดื่มสุราและใช้ยาเสพติด
11. ความเชื่อและ ค่านิยม	การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากหลงลืม รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ญาติคิดว่าเกิดจาก อาการของโรคและรับประทานยาไม่ครบตามที่ แพทย์สั่ง	การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยคิดว่าเกิดจากเครียด เรื่องภรรยากับลูกหนีออกจากบ้าน ญาติคิดว่า เกิดจากอาการของโรคและขาดยา ผู้ป่วยไม่ยอม มารักษา



**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบแบบแผนการรักษาด้วยยากรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง (n=2)

การรักษาด้วยยา	รายที่ 1	รายที่ 2
1. Haldol 5 mg. im. prn. for agitation ทุก 6 hr.	✓	✓
2. Diazepam 10 mg. iv. prn. for agitation ทุก 4 hr.	✓	✓
3. Fluphenazine 50 mg. im. ทุก 4 wks. (last dose 26/6/67)	✓	-
4. Haloperidol decanoate 100 mg. im. ทุก 4 wks. (last dose 12/4/67)	-	✓
5. Clozapine (100 mg.)	✓	-
6. Lorazepam (1 mg.)	✓	-
7. Artane (2 mg.)	✓	-
8. Risperidone (2 mg.)	-	✓
9. Chlorpromazine (50 mg.)	-	✓
10. Depakine CR (500 mg.)	-	✓

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง ตั้งแต่แรกเริ่มการดูแลต่อเนื่องจนถึงการวางแผนการจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	รายที่ 1	รายที่ 2
1. บกพร่องด้านกระบวนการ ความคิดและการรับรู้	<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S: -มีเสียงในหู ได้ยินเสียงคนคุยกัน O: -มีหูแว่ว หลงผิด คิดว่าถูกต่อว่า	<b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S: -มีหูแว่ว ได้ยินเสียงผู้หญิง O: -พูดคนเดียว หูแว่ว หลงผิด ระแวง ภรรยา มีชู้
	<b>วัตถุประสงค์</b> 1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ 2. อากาหูแว่ว ประสาทหลอนลดลง มีวิธีการจัดการอาการหูแว่ว ประสาทหลอนได้	
	<b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 2. สามารถบอกวิธีการจัดการหูแว่ว ประสาทหลอนได้	
	<b>กิจกรรมการพยาบาล</b> 1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด 2. ประเมินสภาพจิต การรับรู้ของผู้ป่วยว่ามีอาการความผิดปกติ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง และความเสี่ยงต่างๆ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม 3. ยอมรับอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย โดยรับฟังและไม่โต้แย้ง ให้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เลือกคิดและตัดสินใจเอง จากความจริงที่ได้บอกผู้ป่วย 4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น แนะนำตนเองให้ผู้อื่นได้รู้จัก เช่น กลุ่มกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการประสาทหลอน 6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา เพื่อช่วยลดอาการหูแว่ว ประสาทหลอน	



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	รายที่ 1	รายที่ 2
2. มีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน	<p>7. แนะนำผู้ป่วยเรื่อง การจัดการอาการหูแว่ว ประสาทหลอนให้กับผู้ป่วย ดังนี้ 1) การเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การอ่านหนังสือออกเสียง การฟังเพลงและร้องเพลงการพูดคุยกับบุคคลอื่น 2) การใช้เทคนิคพูดกับตนเอง เช่น ใส่เสียงหรือการบอกกับตนเองว่าเสียงที่ได้ยินนั้นเป็นอาการ ไม่ใช่เรื่องจริง</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วช่วงกลางวันและกลางคืน สามารถจัดการอาการหูแว่วได้ อาการทุเลาหลังรับรักษา 7 วัน</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -ได้ยินเสียงคนคุยกัน แต่มองไม่เห็น</p> <p>O: -มีหูแว่ว หลงผิด คิดว่าถูกต่อว่า</p> <p>-มีประวัติเอะอะโวยวาย เสียงดัง ก่อนมาโรงพยาบาล</p> <p>-ประเมิน OAS = 0 คะแนน</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมรุนแรง</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรงขณะนอนโรงพยาบาล</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินอาการทางจิต หูแว่ว หวาดระแวง โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง คำพูดและพฤติกรรมของผู้ป่วย</li> <li>ประเมินลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง โดยใช้แบบประเมิน Overt Aggression Scale และวางแผนให้การพยาบาล</li> <li>กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่คับข้องใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและเป็นข้อมูล เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม</li> <li>จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัย ลดสิ่งกระตุ้น หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จำเป็นต้องจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัดหรือเข้าห้องแยก</li> <li>ดูแลให้ได้รับยา Haldol/Diazepam ตามแผนการรักษาของแพทย์</li> <li>ติดตามและประเมินอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสม</li> </ol> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -นอนไม่ค่อยหลับ ได้ยินเสียงคนคุยกันรำคาญ</p> <p>O: -กลางคืนนอนดิ้นบนเตียง ไม่หลับ</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ</p>	<p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วช่วงกลางวันและกลางคืน อาการทุเลาหลังรับรักษา 4 วัน</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -ได้ยินเสียงคนคุยกัน</p> <p>O: -มีหูแว่ว หลงผิด ระแวงภรรยา หงุดหงิด ฉุนเฉียว ประวัติมีเอะอะโวยวาย ชูทำร้ายคนในครอบครัว</p> <p>-ประเมิน OAS = 1 คะแนน</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>2. ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -หลับๆตื่นๆ ได้ยินเสียงคนคุยกัน</p> <p>O: -กลางคืน ตื่นทุก 2-3 ชั่วโมง</p>
3. แบบแผนการนอนแปรปรวน	<p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -นอนไม่ค่อยหลับ ได้ยินเสียงคนคุยกันรำคาญ</p> <p>O: -กลางคืนนอนดิ้นบนเตียง ไม่หลับ</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ</p>	<p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>2. ไม่เกิดพฤติกรรมรุนแรง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -หลับๆตื่นๆ ได้ยินเสียงคนคุยกัน</p> <p>O: -กลางคืน ตื่นทุก 2-3 ชั่วโมง</p>



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	รายที่ 1	รายที่ 2
4. มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาอาการทางจิต	<p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> กลางคืนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พุดคุยประเมินเรื่องการพักผ่อน นอนหลับของผู้ป่วย</li> <li>2. แนะนำไม่ให้นอนตอนกลางวัน ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น</li> <li>3. กระตุ้นให้ออกกำลังกาย เข้า-เย็น</li> <li>4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยานอนหลับตามแผนการรักษา</li> <li>5. ให้ข้อมูลผู้ป่วย ช่วงกลางคืน หากนอนไม่หลับให้แจ้งพยาบาล</li> <li>6. ติดตามและประเมินซ้ำเรื่องการนอนหลับของผู้ป่วยทุกวัน</li> </ol> <p><b>ประเมินผลทางการพยาบาล</b> กลางคืนหลับ ได้ 6-7 ชั่วโมง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S: -ผู้ป่วยบอกว่ามีฝัน O: -แพทย์มีแผนการรักษา ดังนี้ - clozapine (100 mg.) 1 เม็ด เข้า, 2.5 เม็ด ก่อนนอน - Lorazepam (1 mg.) 2 เม็ด ก่อนนอน - Artane (2 mg.) 1 เม็ด ก่อนนอน - Fluphenazine 50 mg. im. ทุก 4 wks.</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b> ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาอาการทางจิตที่รุนแรง</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b> ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาอาการทางจิตที่รุนแรง เช่น NMS</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของยาจิตเวชและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ เช่น ตัวร้อน มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะ ง่วงซึมอย่างรุนแรง มึนงง น้ำลายไหลมาก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง คอแห้ง ลิ้นแข็ง เป็นต้น</li> <li>2. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา</li> <li>3. กรณีผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยารักษาให้รายงานจิตแพทย์ทราบ</li> <li>4. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว</li> </ol>	<p><b>ประเมินผลทางการพยาบาล</b> กลางคืนหลับ ได้ 5-6 ชั่วโมง</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b> S: -ผู้ป่วยบอกปากแห้ง คอแห้ง O: -แพทย์มีแผนการรักษา ดังนี้ - Risperidone (2 mg.) 1 เม็ด ก่อนนอน - Depakine CR (500 mg.) 1 เม็ด ก่อนนอน - Chlorpromazine (50 mg.) 1 เม็ด ก่อนนอน - Haloperidol decanoate 100 mg. im. ทุก 4 wks.</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของยาจิตเวชและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการผิดปกติ เช่น มีอาการสั่น เวียนศีรษะ ตากระตุก เดินเซ อ่อนแรง ง่วงซึม มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย เป็นต้น</li> <li>2. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา</li> <li>3. กรณีผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยารักษาให้รายงานจิตแพทย์ทราบ</li> <li>4. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว</li> </ol>



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	รายที่ 1	รายที่ 2
5. มีโอกาสไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา จากไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง	<p>5. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวชไม่รุนแรง ได้แก่ มีน้้ำลายเยอะ เมื่อได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจ ไม่กังวลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น</p> <p>2. สัญญาณชีพปกติ</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -ผมหายดีแล้วครับหมอ</p> <p>O: -ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต</p> <p>-อาการทางจิตสงบ และประสานนักสังคมสงเคราะห์เรื่องส่งตัวไปฟื้นฟูสภาพที่สถานบำบัดห้วยดินดำ จ.เชียงใหม่</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องอาการเจ็บป่วย/การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนดูแลจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้เมื่อกลับบ้าน</p> <p>2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพและเครือข่าย</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด</p> <p>2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาและการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของผู้ป่วย</p> <p>3. พยาบาลให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกับผู้ป่วยในรูปแบบ D-METHOD</p> <p>4. เตรียมญาติ/ครอบครัว โดยนัดญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกับผู้ป่วยในรูปแบบ D-METHOD</p> <p>5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลซักถามข้อสงสัย และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง</p> <p>6. ส่งข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านในระบบ Thai COC เพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช พี่สาวเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องที่บ้าน สหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแลต่อเนื่อง โดยส่งฟื้นฟูสมรรถภาพที่สถานบำบัดห้วยดินดำ จ.เชียงใหม่</p>	<p>5. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยมีอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยาจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจ</p> <p>2. สัญญาณชีพปกติ</p> <p><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p>S: -ผมไม่ได้เป็นอะไร</p> <p>O: -ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต</p> <p>-อาการทางจิตสงบ</p> <p><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p>1. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด</p> <p>2. ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องอาการเจ็บป่วย แผนการรักษาและการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของผู้ป่วย</p> <p>3. พยาบาลให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกับผู้ป่วยในรูปแบบ D-METHOD</p> <p>4. เตรียมญาติ/ครอบครัว โดยนัดญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกับผู้ป่วยในรูปแบบ D-METHOD</p> <p>5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลซักถามข้อสงสัย และให้ข้อมูลที่ถูกต้อง</p> <p>6. ส่งข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านในระบบ Thai COC เพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง</p> <p>7. แจ้งทีมเยี่ยมบ้านกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติดประสานงานเครือข่ายดูแลต่อเนื่อง</p> <p><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p>1. ผู้ป่วยยอมรับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวช บิดาเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พอควร แต่ยังกังวลเรื่องการรับประทานยาและการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ</p>



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	รายชื่อ 1	รายชื่อ 2
6. มีโอกาสกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ	ไม่ใช้ยาเสพติด	<p data-bbox="1018 271 1422 349">2. ประสานทีมเยี่ยมบ้านของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เครือข่ายรับทราบ</p> <p data-bbox="1018 360 1198 394"><b>ข้อมูลสนับสนุน</b></p> <p data-bbox="1018 405 1390 483">S: - เวลาเครียด จะสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า สูบยาบ้าหรือว่าใช้กัญชา</p> <p data-bbox="1018 495 1430 573">O: - ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม: อยู่ในระยะลังเลใจ</p> <p data-bbox="1018 584 1166 618"><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p data-bbox="1018 629 1374 663">1. เพื่อให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยาเสพติดได้</p> <p data-bbox="1018 674 1374 707">2. ผู้ป่วยรับทราบโทษของยาเสพติด</p> <p data-bbox="1018 719 1262 752"><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p data-bbox="1018 763 1318 797">1. ผู้ป่วยตั้งใจเลิกใช้ยาเสพติด</p> <p data-bbox="1018 808 1398 909">2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีแนวทางการดำเนินชีวิตที่บ้าน โดยไม่ใช้ยาเสพติด</p> <p data-bbox="1018 920 1254 954"><b>กิจกรรมการพยาบาล</b></p> <p data-bbox="1018 965 1422 1043">1. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change)</p> <p data-bbox="1018 1055 1430 1234">2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องโทษของยาเสพติด โรคสมองติดยา ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม</p> <p data-bbox="1018 1245 1437 1424">3. แนะนำและฝึกทักษะที่เหมาะสมในการดำเนินชีวิต เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการจัดการอารมณ์โกรธ และเทคนิคการคลายเครียด</p> <p data-bbox="1018 1435 1430 1559">4. แนะนำวิธีการป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ เช่น หลีกเลี่ยงการพบเพื่อนที่ใช้ยาเสพติด เป็นต้น</p> <p data-bbox="1018 1570 1358 1648">5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัดยาเสพติด (Metrix program)</p> <p data-bbox="1018 1659 1398 1738">6. ให้บริการปรึกษาครอบครัว (Family meeting)</p> <p data-bbox="1018 1749 1286 1783"><b>ประเมินผลการพยาบาล</b></p> <p data-bbox="1018 1794 1374 1827">1. ผู้ป่วยตัดสินใจ หยุดใช้ยาเสพติด</p> <p data-bbox="1018 1839 1422 2018">2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน บอกวิธีหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p>



## อภิปรายผล

โรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคที่ไม่หายขาด มีโอกาสอาการกำเริบได้ขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยพบว่าอาการหวาดระแวงเป็นกลุ่มพฤติกรรมที่พบได้บ่อย ผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น การทำงาน การเข้าสังคม<sup>๘</sup> จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่า มีอาการกำเริบซ้ำจากการรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตเวชไม่ต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุของการไม่รับประทานยาต่างกัน วิเคราะห์แล้ว รายที่ 1 พบว่ามีการเปลี่ยนผู้ดูแล รายที่ 2 เกิดจากผู้ป่วยปฏิเสธอาการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวงเกิดอาการกำเริบซ้ำใน 1 ปี มีสาเหตุจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง เป็น 12.5 เท่าของผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่อง<sup>๙</sup> ในขณะเดียวกันมีการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่า หากพยาบาลมีการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวและสังคม การให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ<sup>10</sup> พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท การสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การวางแผนการจำหน่าย รวมถึงการเยี่ยมบ้านจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดโอกาสการกำเริบของโรคได้<sup>11</sup>

## สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 1 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 41 ปี มาด้วยอาการ 6 ชั่วโมงก่อนมา หูแว่ว อะละวอยวาย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (Paranoid schizophrenia) มีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนผู้ดูแลจึงทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ พยาบาลจิตเวชได้ให้ข้อมูล คำแนะนำที่ถูกต้องเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยการสื่อสารภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้วิธีการรักษาด้วยยาทั้งชนิดรับประทานและยาฉีด Long Acting ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค โดยเน้นเรื่องการรับประทานยาและฉีดอย่างต่อเนื่อง มาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ ปัจจุบัน อาการทางจิตสงบ ไม่มีอาการหูแว่ว หวาดระแวง การรับรู้สอดคล้องกับความเป็นจริง ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน 15 วัน สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติที่บ้านโดยมีพี่สาวเป็นผู้ดูแล

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ 2 ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 49 ปี มาด้วยอาการ 3 วัน หูแว่ว ชูทำร้ายคนในครอบครัว แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (Paranoid schizophrenia) มีปัญหาการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ใช้ยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน กัญชาและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร่วมด้วย จึงทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ พยาบาลจิตเวชได้ให้ข้อมูล คำแนะนำที่ถูกต้องเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและญาติ โดยการสื่อสารภาษาที่เข้าใจง่าย ใช้วิธีการรักษาด้วยยาทั้งชนิดรับประทานและยาฉีด Long Acting ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในอาการเจ็บป่วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค โดยเน้นเรื่องการรับประทานยาและฉีดอย่างต่อเนื่อง หยุดใช้ยาเสพติดทุกชนิด มาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรกลับมาพบแพทย์ ปัจจุบัน อาการทางจิตสงบ ไม่มีอาการหูแว่ว หวาดระแวงลดลง สามารถจัดการกับความเครียดของตนเองได้ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่ายแล้ว ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน 11 วัน เมื่อจำหน่ายสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อยู่ร่วมกับชุมชนได้ มีบิดาและมารดาเป็นผู้ดูแล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล มีประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ดังนี้ 1) บกพร่องด้านกระบวนการความคิดและการรับรู้ 2) มีโอกาสเกิดพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน 3) แบบแผนการนอนแปรปรวน 4) มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยารักษาอาการทางจิต และ 5) มีโอกาสไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา จากไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ส่วนประเด็นปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน คือ มีโอกาสกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ

## ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง 2 ราย มีปัญหาอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำ จากสาเหตุการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง รายที่ 1 มีสาเหตุจากเปลี่ยนผู้ดูแล รายที่ 2 สาเหตุจากการไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองและใช้ยาเสพติดร่วมด้วย พยาบาลจิตเวชต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะความชำนาญในการประเมินปัญหา วางแผน นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อแก้ปัญหาตามบริบทของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. พิมพ์วัลย์ อายุวัฒน์, ภาสินี ไทอินทร์, ปราณต์ศิริ เหล่ารัตน์ศรี. F 20: โรคจิตเภท (Schizophrenia). กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : [http://110.164.66.211/ULIB6//dublin.linkout.php?url=http%3A%2F%2F110.164.66.211%2FULIB6%2F%2F\\_fulltext%2Fcover%2F13399112762%2F2535.pdf](http://110.164.66.211/ULIB6//dublin.linkout.php?url=http%3A%2F%2F110.164.66.211%2FULIB6%2F%2F_fulltext%2Fcover%2F13399112762%2F2535.pdf).
3. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J, Schizophrenia: a concise Overview of Incidence, prevalence, and mortality, Epidemiologic Reviews. 2008; 30: 67-76
4. สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2554.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. โรงพยาบาลแม่สอด ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ. รายงานผู้ป่วยจิตเวช. ดาก: โรงพยาบาล; 2567.
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้เข้าอบรมหลักสูตรการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยโรคจิต สำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข) ฉบับปรับปรุง 2560. นนทบุรี: ดินามีพลัส; 2560.
8. ญัฐวรวัตร เอณวิทย์. อัตราการกำเริบซ้ำของโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(5):35-39.
9. กนกรัตน์ ชัยนุ, กิตติยา ทองสุข, มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการกำเริบในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1(1):15-24.
10. ผ่องศรี งามดี. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2563;2(2): 255-280.
11. ธนพล บรรดาศักดิ์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารแพทย์ทหารบก. 2564;74(3):221-232.



## Nursing care for elderly who underwent closed reduction with internal fixation : A case study

Pantipa Rattanavinate, B.N.S.\*

### Abstract

**Introduction** : Intertrochanteric hip fractures in the elderly present an orthopedic urgency due to the high risk of complications both before and after surgery. As key members of the healthcare team, nurses play a crucial role in applying the nursing process to perform comprehensive evaluations and create effective care plans, ensuring prompt and efficient patient management.

**Objectives** : To implement a nursing care model specifically designed for elderly patients with intertrochanteric hip fractures

**Case study** : An 89-year-old woman was transferred from a community hospital with right hip pain and an inability to walk using her rehabilitation walker after a fall. She was diagnosed with a closed fracture of the right intertrochanter and was scheduled for closed reduction and internal fixation (CRIF) using a proximal femoral nail antirotation (PFNA). The patient had a history of chronic hypertension and was taking antiplatelet medication. A medical team was consulted for a preoperative evaluation, and aspirin was discontinued 7 days before surgery. The nursing care issues for this patient were divided into two stages: pre-operative and post-operative. Pre-operative concerns included: 1) discomfort from right hip pain, 2) hyponatremia, 3) risk of venous occlusion, and 4) stress experienced by the patient and her family regarding the condition and preparations for surgery. Post-operative concerns included: 1) discomfort from surgical site pain, 2) hypoxia, 3) risk of postoperative complications, 4) rehabilitation, and 5) preparation for home self-care. With an appropriate nursing care plan from admission to discharge, the patient was able to ambulate early and resumed walking with a rehabilitation walker 14 days after surgery.

**Conclusions** : Elderly patients with underlying conditions who suffer an intertrochanteric hip fracture and undergo CRIF with PFNA frequently face both pre- and post-operative complications. Nurses must utilize specialized skills, knowledge, and expertise to reduce these complications, facilitate proper rehabilitation, and promote the patient's overall well-being.

**Keywords** : elderly, elderly with intertrochanteric hip fracture, nursing care of intertrochanteric hip fractured patients after surgery

\*Registered nurse, Professional Level, Orthopedics Nursing Division, Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก : กรณีศึกษา

พรรณทิพา รัตนวิเนต, พย.บ\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ผู้สูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักเป็นภาวะเร่งด่วนในการรักษาทางศัลยกรรมกระดูก เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด อาจส่งผลรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อประเมิน และวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิง อายุ 89 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย เกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม ปวดบริเวณสะโพกข้างขวามาก เดินไม่ได้ (ก่อนบาดเจ็บ สามารถเดินได้ด้วย Walker) แพทย์วินิจฉัย Closed fracture Rt. Intertrochanteric วางแผนผ่าตัด Closed reduction internal fixation with proximal femoral nail antirotation แต่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับยา ASA ด้วย แพทย์อายุรกรรมจึงร่วมประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าห้องผ่าตัด ให้หยุดยา ก่อนผ่าตัด 7 วัน ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะก่อนผ่าตัด 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกข้างขวา 2. มีภาวะไซเดียมในเลือดต่ำ 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรค การเตรียมตัวก่อนหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด 1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำพาออกซิเจนลดลง 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4. ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด 5. เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ผลลัพธ์คือผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหลังรับไว้ 10 วัน หลังผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถเดินได้รอบเตียงโดยใช้ walker รวมระยะเวลาในการรักษา 14 วัน

เมื่อติดตามหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยเดินโดยใช้ walker ได้ใกล้เคียงกับก่อนเกิดอุบัติเหตุ

**สรุปผลการศึกษา :** ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว เมื่อเกิดอุบัติเหตุกระดูกข้อสะโพกหักต้องได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก มีปัญหาที่ซับซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความสามารถในการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูร่างกายได้ในเวลาที่เหมาะสม เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

**คำสำคัญ :** ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่จริงในพื้นที่ต่อประชากรทุกช่วงวัยในพื้นที่เดียวกัน ในอัตราเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 20 ในปี 2566 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยมีจำนวนประชากรผู้สูงวัย 20.06% และคาดว่าในปีพ.ศ. 2575 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society) ซึ่งหมายถึง มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด<sup>1</sup> ความเสื่อมถอยตามวัยของผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายด้านทั้งระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น การเดิน การทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้ประสาทสัมผัสที่ลดลง ภาวะกระดูกพรุน<sup>2</sup> ภัยเงียบที่มักกับสังคมผู้สูงอายุ คือ การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุทางถนน<sup>3</sup>

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุถือเป็นภาวะเร่งด่วนในการรักษาทางศัลยกรรมกระดูก มีสถิติสูงเป็นอันดับที่หนึ่งของการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ<sup>4</sup> โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ<sup>5</sup> กระดูกข้อสะโพกเป็นกระดูกขนาดใหญ่ชิ้นหนึ่งในร่างกายทำหน้าที่ในการรองรับน้ำหนักตัวส่วนบน เชื่อมต่อระหว่างร่างกายส่วนบนและส่วนล่าง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก นอกจากจะทำให้เกิดการสูญเสียเลือดมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำแล้ว ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดมากทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า เช่น การนั่ง การยืน การเดิน ต้องใช้กระดูกข้อสะโพกทั้งสิ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมักนอนทำเตียงนานๆ เพื่อลดอาการเจ็บปวด จึงนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น การเกิดภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ และภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อาจนำไปสู่การติดเชื้อรุนแรงหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้<sup>6</sup>

การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ิก เป็นตำแหน่งที่พบการหักมากกว่าร้อยละ 90 ของการเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นการหักภายนอกข้อสะโพก มีโอกาสเสียชีวิตมากและอัตราตายสูง<sup>2</sup> การรักษาที่ดีและเป็นที่ยอมรับคือการผ่าตัดภายในเวลาเร็วที่สุด ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพและเริ่มเดินลงน้ำหนักได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนทำเตียงนาน ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้มีโอกาสกลับไปได้ใกล้เคียงปกติ และลดระยะเวลาของการรักษาตัวในโรงพยาบาล

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้การดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบในปี 2564, 2565, 2566 จำนวน 118, 138, 148 ราย ในกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.89, 84.78, 86.70 และพบว่า เข้ารับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกในโพรงกระดูกร้อยละ 39.83, 64.49, 61.49 ตามลำดับ<sup>7</sup> จึงเป็นความท้าทายของทีมพยาบาลอุบัติเหตุที่ต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความชำนาญ ในการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การดูแลร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 89 ปี สถานภาพ หม้าย

### อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

Refer จากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอุบัติเหตุลื่นล้ม ปวดบริเวณสะโพกข้างขวามาก เดินไม่ได้ก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง

### ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยลื่นล้ม ปวดบริเวณสะโพกขวามาก เดินไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน จึงส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร

### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง 15 ปี hypothyroid 8 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน และได้รับยา ASA วันละ 1 เม็ด เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เคยมีประวัติได้รับการผ่าตัด

### ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธ

การวินิจฉัยโรค Closed Fracture Right Intertrochanteric

การผ่าตัด Closed Reduction Internal Fixation c Proximal Femoral Nail Antirotation Right

## การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม BW 45 Kg. HT 158 cm. ค่า BMI = 18.03

สัญญาณชีพ : T 37.4 องศาเซลเซียส P 98 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 140/79 mmHg. O<sub>2</sub> sat 98%

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง ผิวหนังอุ่น ไม่มีรอยแตก เล็บมือสั้นสะอาดไม่มีนิ้วปูด สะโพกด้านขวามีรอยเขียวช้ำ

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ไม่มีบาดแผล เส้นผมสีดอกเลา ตัดสั้น ตาทั้งสองข้างสมมาตร

หน้าตาไม่ตก การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก ปาก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องสมมาตรกัน คลำไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืด ไม่มีจุดกดเจ็บเฉพาะที่ ตับ และม้ามไม่โต ต่อมท่อน้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ขาซ้ายสามารถยกได้ปกติ ขาขวายกไม่ขึ้น ขาขวาบะออก สันกว่าขาซ้าย 4 เซนติเมตร กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขน Motor power grade 5 ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบได้ตรงคำถาม การรับรู้ วันเวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติ ไม่แสบขัด

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้าไม่สุขสบายบ่นปวดและกังวลเรื่องอาการสะโพกหัก

**CXR** : No Cardiomegaly, No infiltration

**EKG** : Normal Rhythm

**Film** : Closed Fracture Right Intertrochanteric

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Lab item	ค่าปกติ	30 มิ.ย.67	7 ก.ค.67	8 ก.ค.67	10 ก.ค.67	11 ก.ค.67
Hemoglobin	12-16	11.3	10.2		8.9	11.6
HCT	37-47%	33.2	30.5		26.1	34.8
Sodium	136-146 mmol/L	137	128	136		
PT	9.60-12.20sec	12.20				
PTT	24.90-35.40	26.60				
INR		1.12				
FT3	2.30-4.90 pg./mL	2.50				
FT4	0.59-1.54 ng/dL	1.30				
TSH3rd	0.340-5.600 uIU/mL	0.334				

## สรุปการดำเนินของโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 30 มิถุนายน 2567 แกร็บที่ห่อผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงบ่นปวดสะโพกข้างขวามาก Pain score 7/10 On Skin Traction 2 Kg ให้ Morphine Sulfate inj. 3 mg IV

วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดสะโพกข้างขวา Pain Score 4-5/10 On IPCD ขาทั้งสองข้างป้องกันการเกิด DVT / PE, Retain Foley's cath ปัสสาวะสีเหลืองใส ปริมาณปกติ ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรม เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด ให้หยุดยา ASA 7 วันก่อนผ่าตัด

วันที่ 2-6 กรกฎาคม 2567 อาการคงที่ ปวดสะโพกข้างขวา Pain Score 2-3 ค่ะแน

วันที่ 7 กรกฎาคม 2567 ผล Na 128 mmol/L ได้รับ 3% NaCl 500 cc V drip 40 cc/hr.



วันที่ 8 กรกฎาคม 2567 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ให้ Ativan 1 tab oral hs, NPO after midnight

วันที่ 9 กรกฎาคม 2567 วันผ่าตัดผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นดี ให้ L-Thyroxin 50 mcg 2 tab oral 07.00 น. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เวลา 09.00 น.

13.10 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ได้รับการผ่าตัด CRIF c PFNA Rt. ได้รับการระงับความรู้สึกแบบ Spinal Block นอนราบ 6 ชั่วโมง จนถึงเวลา 17.30 น. Blood loss 50 ml ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ดูอ่อนเพลีย สื่อสารรู้เรื่อง หายใจ On O<sub>2</sub> cannula 5 LPM O<sub>2</sub> sat 98% ไม่เหนื่อยหอบ ไม่บ่นปวดแผล No bleeding ที่แผลผ่าตัด

22.20 น. บ่นหายใจไม่เต็มอิ่ม RR 24 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 92% ดูแลเปลี่ยน On mask c bag 10 LPM RR 20 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 96 - 97% ปวดแผลผ่าตัด pain score 6/10 ให้ Tramal 50 mg V, มีปัสสาวะออกน้อยคาสาย จึง Load 0.9 % NaCl 500 c.c. in 15 min หลัง Load IV ปัสสาวะออก 200 c.c.

วันที่ 10 กรกฎาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี conjunctiva ชัด ทำทางอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจสม่ำเสมอ RR 18 ครั้งต่อนาที try wean Oxygen to cannula แผลผ่าตัดไม่ซึม ปวดแผลผ่าตัด Pain score 6/10 ให้ Morphine Sulfate inj. 3 mg V HCT 26.2%, Hemoglobin 8.9 g/dl ให้ PRC 2 u.

วันที่ 11 กรกฎาคม 2567 สีหน้าดูสดชื่นขึ้น On O<sub>2</sub> cannula 3 LPM O<sub>2</sub> sat 97% ไม่เหนื่อยหอบ try wean to room air RR 18 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 96% ปวดแผลพอทน pain score 3/10 ประเมินหลังเลือดหมด Hemoglobin 11.6 g/dl ปรีกษากายภาพ for Ambulate bed side, off foley's cath. ปัสสาวะได้เอง ไม่แสบขัด ปริมาณปกติ

วันที่ 12-13 กรกฎาคม 2567 แผลผ่าตัดสะโพกข้างขวาแห้งดี สามารถ ambulate เดินได้รอบเตียงโดยใช้ walker

วันที่ 14 กรกฎาคม 2567 สีหน้าสดชื่น หายใจสม่ำเสมอ แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ดี ไม่บ่นอึดแน่นท้อง เดินโดยใช้ walker แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษา 14 วัน ติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองได้ดี เดินโดยใช้ walker ไกล่เคียงกับก่อนเกิดอุบัติเหตุ

**ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงเวลาที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้**

**ระยะก่อนผ่าตัด**

**การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกข้างขวา

**ข้อมูลสนับสนุน S :** ผู้ป่วยบ่นปวดสะโพกข้างขวา pain score 7/10

O : Diagnosis Closed fracture Right Intertrochanteric

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อบรรเทาอาการปวดสะโพก

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ระดับ pain score <3 คะแนน
2. สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน NRS โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวด เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและจัดการความเจ็บปวด

2. ประเมินสัญญาณชีพ sedation score ก่อนให้ยา ถ้า sedation score <2 คะแนน งดให้ยา รวมถึงเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา โดยประเมินการหายใจ Sedation score อาการคลื่นไส้ อาเจียน

3. พยาบาลสอบถามแสดงออกถึงความห่วงใย ต้องการดูแลให้ผู้ป่วยทุเลาปวดสุขสบายมากขึ้น

4. ดูแลให้ Morphine Sulfate inj. 3 mg IV เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน

5. ดูแล On skin Traction 2 kg เพื่อบรรเทาอาการปวด อย่างนิ่มนวลและมีประสิทธิภาพ

5.1 จัดแนวเตียงให้ผ่านตำแหน่งที่กระดูกหัก และ ดูแลให้การดึงถ่วงน้ำหนักเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อให้กระดูกที่หักเข้าที่ช่วยลดอาการเจ็บปวด

5.2 ตรวจสอบความแข็งแรงของเชือกอยู่เสมอ เพราะถ้าเชือกขาดจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยปวดบริเวณ fracture มาก และเกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

5.3 ตรวจสอบฝ่าเท้าที่พื้นไม่ให้หลวมหรือแน่นเกินไป สังเกตอาการชา การขยับนิ้วเท้า ป้องกันการกด common peroneal nerve ที่อยู่บริเวณ neck of fibular หากถูกกดทับอาจทำให้เกิด Foot drop ได้

5.4. จัดให้มีการเคลื่อนไหวขาขึ้นลง โดยกระดกข้อเท้าขึ้นลง (ankle pump exercise) รอบละ 50-100 ครั้ง ทุก 2 ชั่วโมง ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาที่บาดเจ็บโดยเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณต้นขาต้านหน้า ท่าละ 10 ครั้ง 2 รอบ/วัน ออกกำลังแบบเคลื่อนไหวเอง ด้านปกติ โดยงอเข่า งอสะโพก 10 ครั้ง 2 รอบต่อวัน

6. ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล จัดท่านอนที่สุขสบาย

7. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายความปวด เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการฝึกสมาธิ สวดมนต์ กำหนดจิตให้หนึ่ง การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้า-เบา-ยาว-ลึก เพื่อผ่อนคลาย

8. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อม ลดการใช้เสียง ดูแลบรรยากาศให้ผ่อนคลายเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

**การประเมินผล**

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น บอกว่าทุเลาปวดขา pain score 2-3/10 นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง/วัน ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยมีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ

**ข้อมูลสนับสนุน** O : ผลค่า Na 128 mmol/L

**วัตถุประสงค์** : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโซเดียมต่ำ

**เกณฑ์การประเมินผล** 1. ระดับ Na อยู่ในเกณฑ์ปกติ (135-145 mmol/L)  
2. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินและสังเกตอาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ซึมลง เกร็ง หรือกระตุก
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง
3. จำกัดน้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และ Record urine output q 4 hr. keep 0.5 ml/kg/hr
4. ดูแลให้ได้รับ 3% NaCl 500 cc IV drip 40 cc/hr. x3 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ควบคุมการให้ผ่านเครื่อง

Infusion pump

5. ประสานงานกับทีมโภชนาการ เพื่อวางแผนการปรับสูตรอาหารในแต่ละมื้อให้เหมาะสม
6. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการของระดับโซเดียม เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา

**การประเมินผล** 1. ผล Na อยู่ในเกณฑ์ปกติ 135 mmol/L  
2. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนแรง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สะโพกข้างขวา Dx. Closed Fracture Rt. Intertrochanteric

**วัตถุประสงค์** : ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

**เกณฑ์การประเมิน**

1. ไม่มีอาการ Pulmonary Embolism (PE) ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อยมากอย่างกะทันหัน ใจสั่น แ่นหน้าอก มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) หัวใจเต้นเร็ว >100ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการ Deep vein thrombosis (DVT) ได้แก่ ขาบวมแดงปวดข้างเดียวมากกว่า 3 cm. มีอาการปวด ชา กดเจ็บ บริเวณน่อง ขาบวมตึง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเกิด PE และ DVT หายใจเหนื่อยหอบ hypoxia/cyanosis กะทันหัน ใจสั่น แ่นหน้าอก Hypothermia Hypotension HR >100 ครั้ง/นาที และอาการปวด บวม ตึง สีผิว ซีฟวร Posterior tibial artery pulse และ Dorsalis pedis artery pulse ที่ขาและน่องทั้งสองข้าง

2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ และลักษณะอัตราการหายใจ
3. ดูแลใส่ Intermittent pneumatic compression device (IPCD) อย่างนิ่มนวล เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดผ่านหลอดเลือดดำของขาทั้งสองข้าง ช่วยป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ และตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ
4. ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยใช้ท่ากระดกข้อเท้าขึ้นลง (ankle pump) การหมุนข้อเท้า (ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง(ankle slide) ท่าละ 15 ครั้ง ทำทุก 2 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ผู้บริโภคน้ำมากกว่า 2,000 ml/day เพื่อช่วยเพิ่มของเหลวในร่างกาย ทำให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น ช่วยลดการเกิดภาวะเลือดข้น (Polycythemia) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เลือดแข็งตัวเร็ว

#### การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยมากกะทันหัน V/S BP 124/75 mmHg P 88 ครั้งต่อนาที RR 16-22 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 96%
2. ขาวามีอาการบวมมากกว่าขาซ้าย 0.5 - 1 เซนติเมตร ไม่มีมีอาการปวด ชา กดเจ็บบริเวณน่อง ขาบวมอุณหภูมิต่ำกว่าผิวหนังปกติ

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรค การเตรียมตัวก่อน-หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยและญาติ ชักถามเกี่ยวกับการรักษา และการผ่าตัด

O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

O : แพทย์ Set OR for Closed reduction internal fixation c Proximal femoral nail Antirotation

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อน – หลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น คลายความกังวล เข้าใจแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวก่อน – หลังผ่าตัด

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตจาก สีหน้า ท่าทาง เปิดโอกาสให้ซักถาม และให้ระบายความรู้สึกพร้อมทั้งรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เชื่อมมั่นในทีมและเข้าใจถึงแผนการรักษา
2. แนะนำการปฏิบัติตัว การเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด เช่น ดูแลความสะอาดร่างกาย การเตรียมผิวหนังบริเวณสะโพกข้างขวาเพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่ตำแหน่งผ่าตัดให้เหลือน้อยที่สุด งดอาหารและน้ำ
3. อธิบายขั้นตอนการผ่าตัด ระยะเวลาในการทำผ่าตัดแบบกระชับ ได้ใจความ
4. แนะนำการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัด เช่น ตำแหน่งแผลผ่าตัด อาการของผู้ป่วยหลังผ่าตัด พร้อมทั้งทบทวนการประเมินอาการปวด โดยใช้แบบประเมิน NRS ฝึกการหายใจ Deep breathing Exercise /Effective Cough
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติม

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายกังวล เข้าใจแผนการรักษา และสามารถตอบคำถามปฏิบัติตัวก่อน – หลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

#### ระยะหลังผ่าตัด

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด pain score 6 คะแนน

O : Post Op Closed reduction internal fixation c Proximal femoral nail Antirotation Rt.

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยทุเลาปวดแผลผ่าตัด สามารถ early ambulate ได้เร็วขึ้น

#### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกรับปวดแผลผ่าตัดลดลง มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ระดับ pain score <4 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้นกว่าเดิม พักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง /วัน

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน NRS โดยให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บปวด เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินและจัดการความเจ็บปวด หากผู้ป่วยมีความปวดในระดับที่มากกว่า 3 ให้ แจ้งพยาบาลรับทราบ เพื่อให้ยาบรรเทาอาการปวด
2. ให้ยาบรรเทาปวด Tramal 50 mg V pm. for pain q 6 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก
3. ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันเวียนศีรษะ และลดอาการปวด
4. จัดทำนอนที่สุขสบายในท่านอนหงายโดยใช้หมอนหรือผ้านุ่มรองบริเวณสะโพกด้านที่ทำผ่าตัด และรองบริเวณใต้เข่าถึงปลายเท้า หรือในท่านอนตะแคง นอนตะแคงไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัดจัดวางหมอนระหว่างขา งอเข่า สะโพกได้เล็กน้อย เพื่อลดการดึงตัวของกล้ามเนื้อ
5. ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล จัดสิ่งแวดล้อม ดูแลบรรยากาศให้ผ่อนคลาย ทบทวนเทคนิคการผ่อนคลายความปวด เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจและผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

## ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยทุเลาปวดแผลผ่าตัด ระดับ pain score 2-3 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง/วัน ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำพาออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยหายใจไม่เต็ม

O: RR 24 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat 92%

O: Hemoglobin 8.9 g/dL, HCT 26%

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน 1. ผู้ป่วยหายใจ Room Air RR 16-20 ครั้งต่อนาที O<sub>2</sub> sat > 94 %

2. ผล Hemoglobin อยู่ในเกณฑ์ปกติ (12-16 g/dL) ค่า HCT อยู่ในเกณฑ์ปกติ ( 37-47% )

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น conjunctiva ซีด Capillary refill >2 sec ปากเขียว เหงื่อออก หายใจหอบ หัวใจเต้นเร็ว
2. บันทึกและประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการหายใจประมาณ 16-20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ประเมินค่า O<sub>2</sub> sat > 94%
3. จัดทำนอนศีรษะสูง 45-60 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว เพิ่มพื้นที่ในการขยายตัวของปอด ช่วยให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น
4. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก ปริมาณ 3-5 ลิตร/นาที ด้วยความนุ่มนวล ให้ออกซิเจนผ่านน้ำกลั่นให้ความชื้น ป้องกันไม่ให้เกิดการระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจ และดูแลสายออกซิเจนไม่ให้หัก พับ งอ หลีกเลียงการนอนทับสายออกซิเจน ทำให้ไม่ได้รับออกซิเจน
5. สอนและฝึกการหายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลม (Deep Breathing Exercise) โดยการวางมือไว้ตรงหน้าท้องและหน้าอก เมื่อหายใจเข้าทางจมูกให้ท้องป่อง และเป่าลมออกทางปากท้องแฟบ ฝึกทำครั้งต่อรอบ วันละ 3-4 ครั้ง
6. ดูแลให้ PRC ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มจำนวนเม็ดเลือดแดงให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย โดยตรวจสอบข้อมูลของผู้ป่วยและเลือดที่จะได้รับ ร่วมกับพยาบาลอีก 1 ท่าน และยืนยันชื่อ-นามสกุล หมู่ออกกับตัวผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติทั้งขณะและหลังให้เลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่น ตัวเย็น หายใจเหนื่อย ต้องหยุดให้เลือดและรายงานแพทย์ทันที
7. ติดตามค่า Hemoglobin HCT หลังให้เลือด เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา

## การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ไม่เหนื่อย Room air RR 16-20 ครั้งต่อนาที ระดับ O<sub>2</sub> sat 96-98
2. ค่า Hemoglobin 11.6 g/dL HCT 34%

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** O : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด CRIF c PFNA Rt. มีแผลผ่าตัดสะโพกข้างขวา ระดับความรู้สึกแบบ Spinal block

**วัตถุประสงค์** : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Spinal block หลังผ่าตัด ได้แก่ V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน
2. ไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ได้แก่ แผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน ไม่มี discharge ชีมี  $T < 37.5^{\circ}\text{C}$
3. ไม่พบการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะไม่ขุ่น ไม่เป็นตะกอน  $T < 37.5^{\circ}\text{C}$

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ อาการปวดศีรษะ อาการชาที่ขา 2 ข้าง
  2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังการผ่าตัด
  3. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอน 1 ใบ พลิกตะแคงตัวได้ แต่ไม่ให้ลุกนั่งหรือลุกจากเตียง 6 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (จนถึงเวลา 17.30 น.)
  4. กระตุ้น Deep breathing Exercise และ Effective cough เพื่อส่งเสริมให้ทางเดินหายใจโล่ง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
  5. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก กระตุ้น early ambulation และ Ankle pump exercise.
  6. ประเมินลักษณะบาดแผล ดูแลทำแผลโดยใช้หลัก Aseptic technique และ 5 Moment hand hygiene
  7. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลบาดแผลให้แห้ง ไม่โดนเปียกน้ำ ไม่ให้แกะ เกา บริเวณแผลผ่าตัด
  8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกต S/E ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นขึ้นตามร่างกาย
- รายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการผิดปกติ
9. ดูแลทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ จัดสายสวนปัสสาวะไม่ให้หักพับงอ และอยู่ในระบบปิดเสมอ
  10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงย่อยง่าย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร

**การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน V/S BP 107/68 mmHg  $T 36.9^{\circ}\text{C}$  P 102 ครั้งต่อนาที RR 22 ครั้งต่อนาที On  $\text{O}_2$  cannula 5 LPM  $\text{O}_2$  sat 98% หลังผ่าตัดวันที่ 2 Try wean  $\text{O}_2$  เป็น Room air  $\text{O}_2$  sat 96%
2. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่บวม แดง ร้อน
3. หลังผ่าตัดสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้ ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** O : ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CRIF c PFNA Rt วันที่ 2

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมินผล** : ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เดินเองด้วย walker

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามภายหลัง ให้ความรู้การสอนสาธิตและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
2. ช่วยเหลือ สอน ผู้ป่วยและญาติในการทำกิจวัตรบนเตียงในระยะแรก และค่อยๆ ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมตามความสามารถผู้ป่วย
3. กระตุ้นการออกกำลังกายบนเตียง เน้นการทำ Active Exercise และสอนญาติมีส่วนช่วยผู้ป่วยในบางท่า
4. ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย สาธิตวิธีการปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) และการบริหารเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย โดยร่วมกับนักกายภาพบำบัด
5. ติดตามและประเมินผล โดยการสอบถาม ทดลองให้เดินโดยใช้ walker และในขณะเดียวกันชื่นชม ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ

## การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เดินได้รอบเตียงโดยใช้ walker

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถฝึกปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. สิ่งแวดล้อมที่บ้านมีความเหมาะสม

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของสิ่งแวดล้อมในบ้าน บ้านผู้ป่วยเป็นบ้านชั้นเดียว พื้นเรียบเสมอกัน แนะนำญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมสิ่งของ ภายในบ้านให้เป็นระเบียบ สะอาด โล่ง มีแสงสว่างเพียงพอ ทบทวนอาการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากลื่นล้ม เน้นพื้นบ้าน พื้นห้องน้ำ ให้แห้งเสมอ ภายในห้องน้ำใช้ส้วมแบบชักโครก มีราวจับ เพื่อป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำจากการเกิดอุบัติเหตุ
2. แนะนำให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค และภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเน้นอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มปลาเล็กปลาน้อย เนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้ที่มีวิตามินซี เพื่อ ช่วยบำรุงกระดูก และส่งเสริมการหายของแผล ช่วยในการขับถ่ายได้ดี โดยปรับ / เพิ่มมื้ออาหาร ให้เหมาะกับผู้ป่วยอายุเป็น 4-6 มื้อวัน
3. แนะนำการสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้ แผลอักเสบ บวมแดง
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่
  - 1) แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าหรืออิริยาบถต่างๆ เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
  - 2) ทบทวนการบริหารร่างกาย Active exercise บนเตียง / การเดินโดยใช้ walker
  - 3) แนะนำญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ สอบถามเพิ่มเติม พร้อมอธิบายเพิ่มเติม

## การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความเข้าใจ มั่นใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถเคลื่อนไหวร่างกายปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเดินโดยใช้ walker ได้อย่างเหมาะสม ญาติมีความเข้าใจและพร้อมจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ผู้ป่วยปลอดภัย

## สรุปการรักษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 89 ปี ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย เกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม ปวดบริเวณสะโพกข้างขวามาก เดินไม่ได้ (ก่อนบาดเจ็บ สามารถเดินได้ด้วย Walker) แพทย์วินิจฉัย Closed fracture Rt. Intertrochanteric วางแผนผ่าตัด CRIF PFNA แต่ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับยา ASA ด้วย แพทย์อายุรกรรม จึงร่วมประเมินการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าห้องผ่าตัด ให้หยุดยา ก่อนผ่าตัด 7 วัน ระยะก่อนผ่าตัด ปวดสะโพกข้างขวา On Skin Traction 2 Kg ดูแล On IPCD เพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ แพทย์ทำผ่าตัด CRIF c PFNA Rt. หลังผ่าตัดพบภาวะพร่องออกซิเจนจากการขาดตัวนำพาออกซิเจน O<sub>2</sub> Sat 92% Hb 8.9 g/dl HCT 26.2% ได้รับเลือด 2U ติดตามผลการรักษา Hb 11.6 g/dl HCT 34.8% หลังรับไว้ 10 วัน หลังผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถเดินได้รอบเตียงโดยใช้ walker รวมระยะเวลาในการรักษา 14 วัน เมื่อติดตามหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยเดินโดยใช้ walker ได้ใกล้เคียงกับก่อนเกิดอุบัติเหตุ

## วิจารณ์

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก ถือเป็นภาวะเร่งด่วนในการรักษาทางศัลยกรรมกระดูก การรักษาที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับ คือ การผ่าตัด ภายใน 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอัตราการตายได้ในผู้ป่วยสูงอายุ มักจะมีโรคร่วม และการทานยาประจำตัวต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ในผู้ป่วยรายนี้



ได้รับบาดเจ็บสาหัสถึงเสียชีวิตเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้การผ่าตัดต้องล่าช้าออกไป จึงอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา พยาบาลเป็นทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องประเมินผู้ป่วยโดยนำกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินสภาพ การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการพัฒนา ติดตามองค์ความรู้ใหม่ด้านออร์โธปิดิกส์ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ด้านโรคทางกาย และภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกมิติ
2. จัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักแบบองค์รวมอย่างมีมาตรฐาน เป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษากระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. ร่วมพัฒนาศักยภาพกับเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงป้องกัน ส่งเสริมการให้ความรู้โดยเน้นกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล ให้มีความเข้าใจ และเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ทันทั่วถึง

### สรุป

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก แนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและญาติทั้งในด้านร่างกาย จิตใจเป็นอย่างมากและอาจส่งผลกระทบต่อไปถึงด้านเศรษฐกิจของครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการประเมิน เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่าง รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมถึงส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติกลับไปใช้ชีวิตครอบครัวอย่างมีคุณภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
2. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2557/nuger40957pp\\_ch2.pdf](https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2557/nuger40957pp_ch2.pdf);14-17.
3. จิตติมา เอกวิโรจน์สกุล. การป้องกันการกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2562;38(1):39-41.
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกในผู้ป่วยสูงอายุ. พศจิกายน 2563;(25):1-7
5. Wongtriratanachai P, Luevitonvechkij S, Songpa-tanasilp T, Sribunditkul S, Leerapun T, Phadungkiat S, et al. Increasing incidence of hip fracture in Chiang Mai, Thailand. Journal of Clinical Densitometry 2013;16:347-52.
6. พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เท่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2563;26(4):118.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
8. ทศพล ลิ้มพิจารณ์กิจ. โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2567] : 1-4. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Pulmonary%20embolism%20%20ทศพล.pdf>
9. รพีพร โรจน์แสงเรือง. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำที่ขาและในปอด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2567]:1-5. เข้าถึงได้จาก: <https://www.wongkarnpat.com/upfilepat/เฉพาะโรค%20421.pdf>



10. วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส, จิตติมา หมอทรัพย์. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการดัดงัดน้ำหนัก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน 2563;26(3):114-15.
11. Sopit Lauhapukdee. Nursing Care for the Hip Fracture in the Older People with Hip Arthroplasty and Comorbidities. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2020;3(2):230-3.



## Nursing care for Lupus nephritis : case study in outpatient department

Pimpa Srimuang, B.N.\*

### Abstract

**Introduction :** Lupus nephritis is major cause of end-stage renal disease, and increase morbidity and mortality rate. Appropriate diagnosis and treatment help reduce the severity of the disease and decrease progression of the kidneys deterioration and reducing the mortality rate of patients. In order to prevent recurrence. The role of Nurses is important role in providing nursing care to patients, from screening, collecting kidney pathology test results, laboratory test results, and follow up to monitoring and relieve physical disturbances from disease, prevent complications, and receive correct self-care information, as well as adjusting to be able to live in the family and society.

**Objective :** To provide effective nursing care for patients with lupus nephritis.

**Case study :** A 43 years old Thai female patient with a history of SLE for 9 years was continuously treated at the internal Medicine Clinic of Kamphaeng Phet Hospital. One year ago, she was diagnosed with cerebrovascular disease received warfarin from Antiphospholipid syndrome. One month ago, she had swelling of the face, arms, legs, and torso, a red rash on the face, foamy urine flushing the toilet more than 3-4 times, and weight gained 3 kilograms. She had arthralgia at wrists and fingers joints. She was referred to Siriraj Hospital for kidney biopsy for diagnostic and treatment. The result is Proliferative lupus nephritis. She was sent back for continued treatment with IV cyclophosphamide once a month for 6 months combined with high dose prednisolone and other medications, including warfarin. After 6 months other immunosuppressive drugs are given along with the medicine. The important nursing care problems is : 1. Lack of knowledge in preparing patients for IV cyclophosphamide; 2. Risk of complications and side effects from receiving IV cyclophosphamide; 3. Anemia due to low red blood cells from AIHA; 4. Edema due to protein leakage in the urine and low serum albumin; 5. Arthralgia at the fingers, wrists, and complication hemoarthrosis of the knee from warfarin. 6. Risk of infection after receiving immunosuppressive drugs; 7. Concerns about the progression of disease and inconsistent treatment resulting from economic status and traveling to the hospital. From the assessment of health status, nursing care plans were planned and nursing practices were performed in accordance with the nursing diagnosis. As a result, the patient had knowledge, could cope with fear of the treatment process, relieved anxiety, and reduced physical disturbances. Received assistance in traveling to see a doctor as scheduled from the health network near the house and promoted self-care to prevent recurrence after the kidney symptoms subsided. Continuous follow-up appointments were made. Total care and nursing period was 1 year 18 day

**Summary of case study results :** Patients with lupus nephritis receive the correct, appropriate and timely care according to standards. Patients are safe and do not develop chronic kidney failure. Therefore, nurses must have high skills, knowledge and expertise in nursing patients holistically on an ongoing basis. Patients have a good quality of life according to their abilities. From this case study, it can be used as a guideline for caring for lupus nephritis patients in the outpatient department going forward.

**Keywords :** Nursing care for Lupus nephritis

\*Expert professional nurse Kamphaeng Phet Hospital

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบรูมาตัส : กรณีศึกษาผู้ป่วยนอก

พิมพ์พร ศรีเมือง, พย.บ. \*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคไตอักเสบรูมาตัส เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต การวินิจฉัยรักษาที่เหมาะสม ช่วยลดความรุนแรงของโรคและชะลอความเสื่อมของไต ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ และเพื่อป้องกันโรคกำเริบกลับเป็นซ้ำ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ตั้งแต่การคัดกรอง รวบรวม ข้อมูลผลการตรวจพยาธิสภาพไต ผลตรวจห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาอาการรบกวนทาง ร่างกาย อันเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ประคับประคองจิตใจ การรับรู้ข้อมูลการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง ตลอดจนการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัว และสังคมได้

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบรูมาตัสได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี มีประวัติเป็นโรค SLE 9 ปี ได้รับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างต่อเนื่อง 1 ปีก่อน ตรวจพบโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับยา warfarin รักษาโรคหลอดเลือดสมองอันเป็นผลจากภาวะ Antiphospholipid syndrome คู่กับยารักษาโรคเอสแอลอี และ 1 เดือนก่อน ผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณใบหน้า แขน ขา ลำตัว มีผื่นแดงที่ใบหน้า ปัสสาวะ เป็นฟอง กดชักโครกมากกว่า 3-4 ครั้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม ปวดตามข้อมือ ข้อนิ้วมือ แต่ไม่บวมแดง ได้รับการส่งตัวไปรักษาที่ โรงพยาบาลศิริราช ทำ kidney biopsy เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ผลการวินิจฉัยโรค Proliferative lupus nephritis ส่งกลับมาโรงพยาบาลกำแพงเพชร แนะนำให้ยา IV cyclophosphamide เดือนละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 เดือน คู่กับยา prednisolone และยาที่จำเป็นอื่นๆ รวมทั้งยา warfarin หลังจากเดือนให้ยากดภูมิคุ้มกันอื่นร่วมกับยาเดิม ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ก่อนการรับยา IV cyclophosphamide 2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงจากการได้รับยา IV cyclophosphamide 3. มีภาวะช็อคจากภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำเป็นผลจากภาวะ AIHA 4. มีภาวะบวมน้ำจากโปรตีนรั่วทางปัสสาวะและระดับซีรัมอัลบูมินต่ำ 5. มีอาการปวดตามข้อนิ้วมือ ข้อมือ และเกิดภาวะมีเลือดออกในข้อเข่าเป็นผลจากยา warfarin 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน 7. มีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็นผลมาจากฐานะทางเศรษฐกิจและการเดินทางมาโรงพยาบาล จากการประเมินภาวะสุขภาพได้มีการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการ พยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถเผชิญกับความรูสึกกลัวขั้นตอนการรักษา คลายความวิตกกังวล ลดอาการรบกวนทางด้านร่างกาย ได้รับการช่วยเหลือด้านการเดินทางมาตรวจรักษาตามนัด จากเครือข่ายสุขภาพ ใกล้เคียงและส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกำเริบกลับเป็นซ้ำหลังจากอาการทางไตสงบลง นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมระยะเวลาในการดูแลและให้การพยาบาล 1 ปี 18 วัน

**สรุปผลการศึกษา :** ผู้ป่วยโรคไตอักเสบรูมาตัส ได้รับการดูแลช่วยเหลือถูกต้องตามมาตรฐาน เหมาะสม และทันเวลา ผู้ป่วย ปลอดภัยไม่เกิดภาวะไตเรื้อรัง ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีทักษะความรู้ ความชำนาญสูง ในการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ จากกรณีศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรค ไตอักเสบรูมาตัส ในแผนกผู้ป่วยนอก ต่อไป

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบรูมาตัส

## บทนำ

โรคไตอักเสบเรื้อรัง (Lupus nephritis) เป็นปัญหาที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งของผู้ป่วย systemic lupus erythematosus (SLE) พบได้ถึงร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วย SLE และพบในผู้ป่วยเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์มากกว่าเพศชาย<sup>1</sup> ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง มีโอกาสเป็นไตเรื้อรัง จนถึงขั้นไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ซึ่งกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตระยะยาว และส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น<sup>2</sup>

พยาธิสภาพของโรคไตอักเสบเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันของร่างกายสร้างแอนติบอดีต่อเซลล์ตนเอง และขบวนการกำจัดสิ่งแปลกปลอมในร่างกายบกพร่อง รวมถึงการลดลงของคอมพลีเมนต์ในร่างกาย ทำให้การจับ immune complex ลดลง มี immune complex สะสมในร่างกาย รวมถึงไกลเมอรูลัส และท่อไต<sup>3</sup> ก่อให้เกิดความผิดปกติได้เกือบทุกอวัยวะ ของร่างกายที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ รองลงมาคือผื่นแดงที่ผิวหนังตามร่างกาย นอกจากนี้ยังเกิดโรคระบบประสาท เกิดอาการชัก มีกระบวนการคิดและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ระบบทางเดินหายใจ ระบบโลหิต และไต<sup>4</sup> ซึ่งอาการและความรุนแรงของโรคจะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย และแต่ละระยะของพยาธิสภาพไต โดยพยาธิสภาพที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญ คือ Proliferative lupus nephritis (class III-IV) ซึ่งจำเป็นต้องรีบเร่งรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน ร่วมกับยา prednisolone เพื่อลดการเกิดไตเรื้อรัง ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>5</sup> นอกจากพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญแล้ว ยังต้องเผชิญกับผลข้างเคียงจากยาและภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา หลังจากอาการของโรคสงบลง ผู้ป่วยยังต้องดูแลร่างกายอย่างระมัดระวัง ป้องกันการกำเริบของโรค หลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้โรคกำเริบได้ เช่น ฮอโมน การติดเชื้อ ยา สารเคมี แสงแดด และความเครียด ผู้ป่วยบางรายอาจจะรู้สึกถึงความไม่ปลอดภัย และวิตกกังวลอันเนื่องมาจากลักษณะการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกสูญเสียความมั่นใจและสูญเสียภาพลักษณ์<sup>6</sup> ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการ การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อ บรรเทาอาการรบกวนทางร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประคับประครองจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายสุขภาพ

สถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปีพ.ศ. 2565 - 2567 พบผู้ป่วย SLE จำนวน 42, 55 และ 66 รายตามลำดับ พบมีโรคไตอักเสบเรื้อรัง จำนวน 20, 25 และ 32 รายตามลำดับ ซึ่งในจำนวนนี้พบผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 2, 2 และ 1 รายตามลำดับ<sup>7</sup> ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง มีเป้าหมายที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม ควบคุมภาวะผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันความเสี่ยงของไต ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย และติดตามอาการ อาการแสดงของโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของโรคอย่างสม่ำเสมอ การศึกษานี้เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 43 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพขายส้มตำ สิทธิประกันสังคมโรงพยาบาลกำแพงเพชร

### อาการสำคัญ

โรงพยาบาลศิริราชส่งกลับมารักษาต่อ

### ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

9 ปีก่อนมา มีอาการปวดตามข้อ มีผื่นขึ้นที่ใบหน้า น้ำหนักตัวลดลง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเอสแอลอี ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง

1 ปีก่อนมา มีอาการแขนขาชาเขียวอ่อนแรง ปากเปื่อย ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด เข้ารับการรักษาผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมหญิง ได้รับวินิจฉัยเป็นหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการฟื้นฟูสู่ภาวะปกติได้โดยไม่มีอาการแขนขาอ่อนแรง แขนขาทั้งสองข้างกำลังปกติ ผู้ป่วยได้รับยาฟาริน รับประทานควบคู่กับยารักษาโรค SLE อย่างต่อเนื่อง

1 เดือนก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการบวมบริเวณใบหน้า แขน ขา ลำตัว มีผื่นแดงที่ใบหน้า ปัสสาวะเป็นฟอง กดชักโครกมากกว่า 3 - 4 ครั้ง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 กิโลกรัม ปวดตามข้อมือ ข้อนิ้วมือ แต่ไม่บวมแดง ได้รับการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ทำ kidney biopsy (ตรวจชิ้นเนื้อไต) เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม ผลการวินิจฉัยโรค Proliferative lupus nephritis ส่งกลับมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วันนี้ มาตรวจพบอายุรแพทย์โรคไต เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง



## ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ไม่เคยใช้สารเสพติด และไม่เคยสูบบุหรี่ ปฏิเสธการเข้ายาชุดแก้ปวดหรือสมุนไพร  
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดา มารดา ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ

รูปร่างทั่วไป : สมส่วน น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI = 20.7

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/80 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 99%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พูดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลปกติ E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub> , GCS=15 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวแห้ง ซีด บวมตามใบหน้า และขาทั้งสองข้าง ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ใบหน้าบวม สีซีด เปลือกตาซีด ศีรษะไม่มีบาดแผล มองเห็นปกติ ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ คลำนิมไม่แข็งตึง ท้องไม่อืด

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ปัสสาวะเป็นฟอง ไม่มีเลือด กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล มีคำพูดที่บอถึงความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และกังวลเรื่องการรักษา

## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ สิ่งส่งตรวจ	11 พ.ย.65	16 ธ.ค.65	17 ก.พ.66	14 เม.ย.66	16 มิ.ย.66	8 ก.ย.66	29 ธ.ค.66
Anti dsDNA	post	-	-	-	-	-	-
Albumin	2.0↓	2.2 ↓	2.8↓	3.7	3.5	3.3	3.2
FBS	80	-	-	-	-	76	-
WBC	5,000	4,200	6,000	2,500	4,500	4,800	4,200
Plt	225,000	244,000	326,000	330,000	296,000	222,000	340,000
Hb	10.6↓	10.0↓	11.4↓	11.3↓	11.4↓	11.5↓	12
Hct	32.6↓	28↓	34.5↓	34.0↓	34.8↓	34.3↓	35.0
neutrophil	58.2	56.4	68.5	74.7	67.8	74.8	51.0
lymphocyte	30.8	31.6	24.7	16.4	23.2	16.0	39.0
INR	2.5	7.35 ↑	2.2	1.6	1.5	1.04	1.02
BUN	11	12	11	13	12	11	11
Creatinine	0.66	0.68	0.63	0.80	0.71	0.65	0.71
eGFR	106	107.5	109.4	90	103	108.3	103
Na	142	138	138	139	140	138	141
k	4.2	4.0	3.7	3.6	3.5	3.2	3.8
Cl	103	105	104	104	106	105	104
CO2	25	26	27	25	28	28	25





## ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ต่อ)

รายการ สิ่งส่งตรวจ	11 พ.ย.65	16 ธ.ค.65	17 ก.พ.66	14 เม.ย.66	16 มิ.ย.66	8 ก.ย.66	29 ธ.ค.66
UPCR	6.63 ↑	4.46 ↑	3.50 ↑	3.03 ↑	2.5 ↑	1.7 ↑	1.3
UA protein	4+ ↑	4+ ↑	4+ ↑	4+ ↑	4+ ↑	4+ ↑	3+ ↑
UA glucose	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg
UA WBC	3-5 ↑	3-5 ↑	3-5 ↑	1-2 ↑	1-2 ↑	1-2 ↑	0-1
UA RBC	3-5 ↑	3-5 ↑	5-10 ↑	3-5 ↑	1-2 ↑	1-2 ↑	0-1

## สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

11 พฤศจิกายน 2565 วันแรกรับ ผู้ป่วยมาคนเดียว ใบหน้าบวม ขา 2 ข้างบวม รู้สึกมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ตาทั้ง 2 ข้างมองเห็นชัดเจน เยื่อบุตาในของเปลือกตาล่างซีด ปวดข้อมือ ข้อนิ้วมือสองข้าง สัญญาณชีพปกติ ภาพรังสีปอดปกติ ผล kidney biopsy พบ Proliferative lupus nephritis แพทย์ปรับแผนการรักษา ให้ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 1 ซึ่งส่งผู้ป่วยไปให้ยาที่แผนกเคมีบำบัด เพิ่มยา prednisolone ตามคำแนะนำจากแพทย์โรงพยาบาลศิริราช และเพิ่มยารักษาภาวะโลหิตจาง และยังคงยาวาฟาริน เพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมองต่อ นัดติดตามอาการ และเจาะเลือด 1 เดือนที่คลินิกไตไกลเมอรูลา

16 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยมาตามนัด สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยน้ำหนัก 50 กิโลกรัม น้ำหนักตัวลดลง เท้าสองข้างยุบบวม ยังรู้สึกอ่อนเพลีย เยื่อบุตาในของเปลือกตาล่างยังคงซีด รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีคลื่นไส้ ปวดข้อเข่ามาก เข่าข้างขวาบวม ผลการตรวจเลือดความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำ ค่าการแข็งตัวของเลือดสูงผิดปกติมาก ผลตรวจปัสสาวะยังคงมีโปรตีนรั่วแต่น้อยลง แพทย์ส่งผู้ป่วยปรึกษาแผนกศัลยกรรมกระดูก พบว่ามีเลือดออกในข้อเข่า แพทย์ให้หยุดยาละลายลิ่มเลือด วาฟาริน และให้ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 2 ที่แผนกเคมีบำบัดต่อ นัดให้ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 3 อีก 1 เดือนที่แผนกเคมีบำบัด และติดตามอาการ เจาะเลือด 2 เดือนที่คลินิกไตไกลเมอรูลา

27 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อให้ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยน้ำหนักตัวคงที่ สัญญาณชีพปกติ ยังรู้สึกอ่อนเพลีย ยังคงซีด รับประทานอาหารได้มากขึ้น ยังมีปวดข้อมือ ข้อนิ้วมือเป็นบางครั้งเมื่ออากาศเย็น ไม่ปวดข้อเข่า ข้างขวาและยุบบวม เท้าสองข้างยุบบวม

17 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยมาติดตามอาการ ไม่อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ ยังมีปวดตามข้อนิ้วมือเป็นบางครั้ง เท้าสองข้างไม่บวม ผลตรวจปัสสาวะโปรตีนรั่วน้อยลงกว่าครั้งก่อน แพทย์ให้ ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 4 ต่อ และนัดให้ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 5 อีก 1 เดือนที่แผนกเคมีบำบัด และติดตามอาการ เจาะเลือด 2 เดือนที่คลินิกไตไกลเมอรูลา

24 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อให้ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 5 สัญญาณชีพปกติ อาการโดยรวมดีขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่ซีด ไม่บวม ไม่ปวดข้อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้ยา

14 เมษายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจเลือดตามนัด น้ำหนัก 52 กิโลกรัมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย สังเกตผู้ป่วยพูดคุยน้อยลง มีรอยย่นบนใบหน้า ผลการตรวจเลือดการกรองของไตและเกล็ดเลือดในร่างกายปกติ ผลตรวจปัสสาวะมีโปรตีนรั่ว แต่แนวโน้มดีขึ้น แพทย์ให้ยา IV cyclophosphamide ครั้งที่ 6 ที่แผนกเคมีบำบัดต่อ และนัดติดตามอาการ เจาะเลือด 2 เดือนที่คลินิกไตไกลเมอรูลา

16 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจเลือดตามนัด ค่าการกรองของไตและเกล็ดเลือดในร่างกายปกติ ผลตรวจปัสสาวะมีโปรตีนรั่วแต่แนวโน้มดีขึ้น สัญญาณชีพปกติ อาการดีขึ้นมาก ไม่มีอาการปวด แพทย์ให้ยากดภูมิคุ้มกัน mycophenolate mofetil รับประทานคู่กับ prednisolone และยาอื่น ต่อจาก IV cyclophosphamide ครบ 6 ครั้ง นัดติดตามอาการ เจาะเลือด 3 เดือนที่คลินิกไตไกลเมอรูลา

8 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจเลือดติดตามอาการตามนัด สีหน้าสดชื่น ผลการตรวจเลือดปกติ ผลตรวจปัสสาวะมีโปรตีนรั่วแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ แพทย์ยังคงแผนการรักษาเดิม นัดติดตามอาการ เจาะเลือด 3 เดือนที่คลินิกไตไกลเมอรูลา

29 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจเลือดติดตามอาการตามนัด ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ ไม่ปวดข้อ ผลการตรวจเลือด การกรองของไตและเกลือแร่ในร่างกายปกติ ผลตรวจปัสสาวะระดับโปรตีนปกติ แพทย์ยังคงแผนการรักษาเดิม แม้ว่าอาการของ โรคสงบลง แต่แพทย์ยังคงนัดตรวจทุก 3 - 4 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการที่คลินิกไตไกลเมอรูลา

#### การวางแผนพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 :** ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัว ก่อนการรับยา IV cyclophosphamide

**ข้อมูลสนับสนุน:** S : ผู้ป่วย/ญาติ ถามว่า “ฉันจะต้องทำอย่างไรบ้างเมื่อไปให้ยาที่แผนกเคมีบำบัด”

O : ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนรับยาเคมีบำบัด

**เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์

#### กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประสานงานกับแผนกเคมีบำบัด และไปส่งผู้ป่วยเพื่อให้ยาเคมีบำบัดตามแผนการรักษาและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ส่งต่อข้อมูล อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ แก่พยาบาลแผนกเคมีบำบัด
3. สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ด้วยข้อมูลขั้นตอนการให้ยาเคมีบำบัด และการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานของแผนกเคมีบำบัด ทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยาเคมีบำบัด
4. ตอบคำถามแก่ผู้ป่วยตามความเป็นจริง ให้ความสนใจของผู้ป่วย และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
5. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ ขณะให้ยา และหลังให้ยา
6. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ด้วยคำถาม และการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

#### ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดครบเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน ขณะให้ยาเคมีบำบัด และสังเกตความผิดปกติของร่างกายเมื่อกลับไปบ้านได้

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 :** มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงจากการได้รับยา IV cyclophosphamide

**ข้อมูลสนับสนุน :** S : -

O : ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยยา IV cyclophosphamide ที่แผนกเคมีบำบัด

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงจากการได้รับยา IV cyclophosphamide

**เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้ป่วยไม่มีอาการ รอยเขียวม่วงรอบบริเวณที่ให้ยา ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะปกติ ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด หรือมีเลือดปน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา IV cyclophosphamide เช่น อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ชีต มีเลือดออกง่าย ปัสสาวะบ่อยแสบขัด ปัสสาวะเป็นเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยสังเกตอาการของตนเอง ขณะให้ยา และหลังให้ยา
2. แนะนำให้รับประทานอาหารที่ปรุงสุกเสร็จใหม่ๆ ผักสดและผลไม้สดควรล้างให้สะอาด ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร หลีกเลี่ยงของหมักดอง
3. แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกาย อาบน้ำวันละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทุกครั้งหลังอุจจาระ และปัสสาวะ แปรงฟันอย่างถูกวิธีทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน อาจใช้น้ำเกลือบ้วนปากได้ทุก 1 - 2 ชั่วโมง ล้างมือบ่อยๆทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งสกปรกและก่อนรับประทานอาหาร

4. หลีกเลี่ยงที่ชุมชนแออัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย

5. แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ สวดมนต์ ทำจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย ก่อนนอน  
การประเมินผลการพยาบาล : ไม่เกิดอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา IV cyclophosphamide

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : มีภาวะซีดจากภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำเป็นผลจากภาวะ AIHA

ข้อมูลสนับสนุน : S : ผู้ป่วย บอกว่า “ฉันรู้สึกอ่อนเพลีย เหมือนไม่ค่อยมีแรง”

O : ผลตรวจ CBC Hb= 10, Hct = 28% วันที่ 16 ธันวาคม 2565 อาการผิวหนังแห้ง ปากแห้ง เปลือกตาล้างสีซีด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อผู้ป่วยทุเลาอาการอ่อนเพลีย สดชื่นขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยมีผลเลือดในร่างกายปกติ ค่า HCT  $\geq$  30%, Hb  $\geq$  11 g/dl  
2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้น ทุเลาอาการอ่อนเพลีย สีหน้าสดชื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความอยากรับประทาน อาหาร เบื่ออาหาร และกระตุ้นความอยากอาหาร โดยแนะนำให้เปลี่ยนเมนูอาหารให้หลากหลาย จัดวางอาหารให้น่ารับประทาน ดัดรูปภาชนะอาหารที่ผู้ป่วยเคยชอบรับประทาน ไว้ที่บริเวณโต๊ะอาหาร
2. ประสานนักโภชนาการเพื่อประเมินความเสี่ยงของภาวะทุพโภชนาการ และส่งเสริมเรื่องอาหารที่เหมาะสม
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพิ่มอาหารประเภทโปรตีนสูง เช่น ไข่ขาว และเนื้อปลา เพิ่มผักผลไม้ อาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ผักโขม ต้มเลือดหมู หลีกเลี่ยงอาหารหมักดองหรือของทอด
4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา Folic acid 1x1oral pc และ Vitamin B1-6-12 1x2 oral pc ตามแผนการรักษา ช่วยให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดง บำรุงร่างกายเพิ่มความอยากอาหาร เสริมให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำงานปกติ
5. แนะนำให้ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 2-3 ลิตรต่อวัน ช่วยให้ร่างกายสดชื่น ลำไส้ทำงานได้ปกติ ขับถ่ายเป็นปกติ
6. แนะนำการรักษาความ สะอาดปากและฟัน ให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือ บ่อยได้เท่าที่ต้องการ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากรับประทาน อาหาร และลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน
7. ติดตามประเมินอาการ และผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ

การประเมินผลการพยาบาล : วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 อาการผู้ป่วยดีขึ้น สีหน้าสดชื่น รู้สึกไม่เพลีย ตรวจความเข้มข้นของเลือด Hb= 11.4, Hct = 34.5 % เพิ่มขึ้นจากเดิม

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : มีภาวะบวม น้ำจากโปรตีนรั่วทางปัสสาวะและระดับซีรัมอัลบูมินต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน : S : ผู้ป่วย บอกว่า “ฉันรู้สึกว่าขาบวมมาก หน้าขาเวลาเดิน ยืน นั่งห้อยขาก็ยังบวม”

O : ผู้ป่วยมีอาการบวมที่ใบหน้า ที่ขาและเท้า กดบวมทั้งสองข้าง วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 ผลตรวจ

ปัสสาวะพบโปรตีนรั่ว UPCR= 6.63 ค่าสูงกว่าปกติ ผลการตรวจเลือด Albumin= 2.0 ค่าต่ำกว่าปกติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ลดอาการบวม

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยอาการบวม ที่ใบหน้า ที่ขาและเท้าทั้งสองข้างกดไม่บวม

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคไตอักเสบที่มีผลทำให้มีภาวะบวม
2. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาโรคไตอักเสบตามแผนการรักษาต่อเนื่อง ห้ามหยุดหรือปรับยาเอง
3. แนะนำการบริโภคอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ไข่ขาว และเนื้อสัตว์อื่นๆ หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรืออาหารที่ปรุงด้วยเกลือปริมาณมากเช่นของหมักดอง ปลาเค็ม หมูเค็ม หรืออาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร อาหารแปรรูปทุกชนิด
4. เปลี่ยนอิริยาบถท่าทางบ่อย ๆ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณขาทั้งสองข้าง ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม สม่่าเสมอ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกาย
5. แนะนำการดูแลผิวหนังบริเวณที่มีอาการบวมให้สะอาดและชุ่มชื้นอยู่เสมอ

6. แนะนำให้ยืดเหยียดอวัยวะบริเวณที่มีอาการบวมให้อยู่สูงกว่าระดับหัวใจประมาณ วันละ 2-3 ครั้ง นวดเพื่อให้แรงกดช่วยกระจายของเหลวส่วนเกินออกจากบริเวณดังกล่าว

#### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยเบาหวานบวม ขาและเท้าทั้งสองข้างกดไม่บวม ตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 serum Albumin สูงขึ้นตามลำดับ จนปกติในวันที่ 14 เมษายน 2566 ผล Albumin = 3.7 ผลตรวจปัสสาวะโปรตีนรั่ว มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ จนถึงวันที่ 29 ธันวาคม 2566 ผลตรวจปัสสาวะโปรตีนรั่ว UPCR= 1.3 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ

**วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 :** มีอาการปวดตามข้อนิ้วมือ ข้อมือ และเกิดภาวะมีเลือดออกในข้อเข่าเป็นผลจากยา วาฟาริน  
**ข้อมูลสนับสนุน :** S : ผู้ป่วย บอกว่า “ฉันรู้สึกปวดตามข้อนิ้วมือ ยิ่งตอนเช้าๆจะปวดข้อมือมาก”

“ปวดเข่าข้างขวามาก เวลาเดินยิ่งปวด ไม่เคยปวดแบบนี้มาก่อน”

O : ผู้ป่วยมีอาการปวดตามข้อนิ้วมือ และข้อมือ แต่ไม่มีอาการบวมแดง ตั้งแต่แรกเริ่ม pain score 5 คะแนน แต่มีอาการปวดเข่ามากในวันที่ 16 ธันวาคม 2565 pain score 8 คะแนน

ผู้ป่วยได้รับการส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมกระดูก แพทย์พิจารณาเจาะข้อที่ปวดได้เป็นเลือดออก มา 2 ซีซี ผลการตรวจเลือด INR = 7.35 สูงผิดปกติ ผู้ป่วยได้รับประทานยา วาฟาริน ติดต่อกันมานาน 1 ปี

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาปวดบริเวณข้อเข่า หยุดเลือดที่ออกในข้อเข่า บรรเทาปวดที่ข้อมือ และข้อนิ้วมือ

**เกณฑ์การประเมินผล :** ผู้ป่วยบรรเทาปวด ที่บริเวณข้อเข่า ข้อมือ และข้อนิ้วมือ pain score < 5 คะแนน

หัวเข่าข้างขวายุบบวม ไม่มีรอยจำเลือดออกใต้ผิวหนัง

ผลการตรวจเลือด INR = 2 - 3.5 เกณฑ์ปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดของผู้ป่วยด้วย pain score
2. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ tramol 50 mg 1 tab รับประทานเมื่อปวด ใช้ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตผลข้างเคียงของยา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน
3. หลังเจาะเข่า ใช้สาลีแห้งกดบริเวณที่เจาะเลือดออกประมาณ 5 นาทีต่อการประคบเย็น เพื่อให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยหยุดเลือดได้
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจการเกิดเลือดออกในข้อเข่าข้างขวาในครั้งนี้ และแนะนำให้หยุดรับประทานยาละลายลิ่มเลือด วาฟารินชั่วคราว ตามแผนการรักษาของแพทย์ และให้คอยสังเกตอาการเลือดออกซ้ำในจุดเดิม หรือจุดอื่นๆ ซึ่งอาจจะมีเลือดออกตามไรฟัน ตามผิวหนังและทางเดินปัสสาวะได้
5. แนะนำให้พักการใช้งานข้อที่ปวด และช่วยผ่อนคลายความปวดด้วย ยาคายลัมเนื้อชนิดทา
6. ภายหลังจากเลือดหยุด 3 วันสามารถประคบร้อนได้ เป็นการช่วยให้เส้นเลือดขยายตัว และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดคล่องตัวมากขึ้น ตอนเช้าที่มักปวดบริเวณข้อมือและข้อนิ้วมือ ให้จุ่มมือลงในน้ำอุ่นแล้วบริหารนิ้วมือในน้ำอุ่นสามารถบรรเทาอาการเจ็บปวดได้
7. แนะนำมาตรวจติดตามอาการและผลตรวจเลือดติดตามค่า INR

#### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยบรรเทาปวด ที่บริเวณข้อมือ ข้อนิ้วมือ pain score 2 คะแนน หัวเข่าข้างขวายุบบวม ไม่ปวด ไม่มีรอยจำเลือดออกใต้ผิวหนัง หรือเลือดออกตามไรฟันและอวัยวะอื่นๆ ผลการตรวจเลือด INR = 2.2 ตามเกณฑ์ปกติ ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 และทุกครั้งที่มาตรวจเลือดตามนัด

## วินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

ข้อมูลสนับสนุน : S : -

O : ผู้ป่วยได้รับยา IV cyclophosphamide เดือนละ 1 ครั้งติดต่อกันนาน 6 เดือน และยา prednisolone รับประทานเป็นประจำทุกวัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย เกิดเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

### เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น ติดเชื้อผิวหนังอักเสบ และทางเดินปัสสาวะอักเสบ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายการเกิดติดเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย เกิดเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
2. แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกาย อาบน้ำวันละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทุกครั้งหลังอุจจาระ และปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
3. หลีกเลี่ยงที่ชุมชนแออัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แนะนำให้สวมหน้ากากอนามัย
4. แนะนำให้ล้างมือบ่อยๆ ทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งสกปรกและก่อนรับประทานอาหาร ป้องกันการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทางปาก
5. แนะนำให้รับประทานอาหารที่ปรุงสุก เสริจใหม่ ๆ ผักสดและผลไม้สดควรล้างให้สะอาด หลีกเลี่ยง อาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่นอาหารตากแห้ง ของหมักดอง อาจมีการปนเปื้อนเชื้อโรคมากับอาหาร
6. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร ห้ามกลั้นปัสสาวะ เพราะทำให้เกิดติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้
7. แนะนำพบทันตแพทย์ ตรวจฟัน ทำฟัน จัดการฟันผุ เพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อ
8. พบสูติรีเวชเพื่อตรวจคัดกรองการติดเชื้อ HPV

### การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย ร่างกายแข็งแรงดี เมื่อมาตรวจตามนัด

## วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 : มีความกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการรักษาไม่ต่อเนื่องเป็นผลมาจากฐานะทางเศรษฐกิจ และการเดินทางมาโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน : S : ผู้ป่วย บอกว่า “ หลังจากนี้จะเป็นอย่างไรต่อ ฉันจะแย่งลงใหม่ ฉันจะต้องฟอกไตใหม่ ”  
“ ฉันกลัวว่าจะมาหาหมอไม่ได้ บ้านฉันไกล สามีต้องทำงาน ไม่มีลูก ”

O : ผู้ป่วยผ่านการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช และรับรู้ ว่า ผลการตรวจชิ้นเนื้อไตของตนเอง เป็นแบบที่รุนแรงมีแนวโน้มเกิดเป็นไตเรื้อรังได้

ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าถึงระหว่างที่แพทย์บอกแผนการรักษา ให้ยา IV cyclophosphamide เดือนละ 1 ครั้ง ติดต่อกันนาน 6 เดือน และมาติดตามอาการและตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะหลังได้รับยาครบ เป็นระยะๆ ต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ลดความกังวลของผู้ป่วย และให้ความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษา การพยากรณ์โรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความวิตกกังวลขั้นตอนการรักษา สามารถดูแลตัวเอง สังเกตอาการผิดปกติได้
2. ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางมาโรงพยาบาลตามนัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะไตอักเสบปัส และการดูแลตนเอง
2. ผู้ป่วยและญาติมีสิทธิ และแสดงออกทางกายที่บ่งบอกความคลายกังวล
3. ผู้ป่วยสามารถมาตรวจรักษาได้ตามนัด

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ประเมินความวิตกกังวล การยอมรับและเผชิญปัญหาของผู้ป่วย บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว
2. รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ สังเกตท่าทางของผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างแท้จริง
3. สร้างความเชื่อถือว่าไว้วางใจด้วยการแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง การพูดคุยกับผู้ป่วยให้ข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่ายเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษาและการพยากรณ์โรค ตามความเป็นจริง ถึงแม้ว่าโรคไตอักเสบแบบเฉียบพลันจะเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถรักษาให้โรคอยู่ในระยะสงบได้ โดยผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาตามแพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ ไม่ปรับเปลี่ยนขนาดยา หรือหยุดยาเอง ไม่ซื้อยารับประทานเองนอกเหนือจากแพทย์สั่ง และตรวจติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง หากจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มที่สถานพยาบาลอื่น ควรแจ้งให้แพทย์ที่นั่นทราบด้วย
4. แนะนำการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกำเริบกลับเป็นซ้ำ เช่น การหลีกเลี่ยงแสงแดดด้วยการทาโลชั่นกันแดด ใส่หมวก ใ้แว่นตากันแดดอยู่เสมอ การรักษาสมดุลสภาพจิตใจ ไม่เครียดหรือสามารถเผชิญ และจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม
5. ให้คำแนะนำและบอกถึงผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาที่อาจพบได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยได้รับยา corticosteroids อาจพบอาการหน้าบวมกลม น้ำหนักเพิ่ม เป็นสิว และให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยถึงผลข้างเคียงดังกล่าวสามารถกลับสู่ภาวะปกติได้เมื่อลดขนาดยาลง
6. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานที่อยู่ รพ.สต.หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบลที่ผู้ป่วยอาศัย ผู้ใหญ่บ้าน กำนันที่สามารถติดต่อได้ หรือญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย
7. หลังจากการติดต่อผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว พบว่ารพ.สต.ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล ปล่อยให้ใช้รถของรพ.สต.และรถกองช่างขององค์การบริหารส่วนตำบลมาส่งผู้ป่วยที่รพ.ระหว่างการรักษาให้ครบ
8. บอกแหล่งความรู้ และเครือข่ายบริการทางการแพทย์ที่สามารถ ไปรับบริการได้หากเกิดความผิดปกติก่อนวันนัดที่ไม่ตรงกับวันที่มีคลินิกไตไกลเมอรูลา
9. ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อโรคที่เป็นอยู่ การรักษาที่ได้รับ และการสังเกตอาการที่ผิดปกติ สามารถมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้
10. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังจากให้ความช่วยเหลือ

## การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น ดีใจเมื่อทราบว่าได้รับความช่วยเหลือ เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และรู้ว่าจะทำอย่างไรหากเกิดอาการผิดปกติ ที่ต้องมารับการตรวจรักษาก่อนวันนัด ยอมรับการรักษาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ และผู้ป่วยไม่เคยขาดนัด

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 43 ปี มีประวัติเป็นโรค SLE 9 ปี ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชร ต่อมาตรวจพบโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาการฟื้นฟูสู่ภาวะปกติ รับประทานยาแอสไพรินและยารักษาโรคเอสแอลอีสม่ำเสมอ ตรวจเลือดและปัสสาวะพบว่า มีภาวะไตอักเสบแบบเฉียบพลัน ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ผล kidney biopsy พบว่าเป็น Proliferative lupus nephritis ส่งกลับมารักษาอายุรแพทย์โรคไต มีนัดคลินิกไตไกลเมอรูลาต่อเนื่อง ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน IV cyclophosphamide ครบ 6 ครั้ง ที่แผนกเคมีบำบัด คู่กับยา prednisolone และยาที่จำเป็นอื่น หลังจาก 6 เดือนให้ยากดภูมิคุ้มกัน mycophenolate mofetil คู่กับยา prednisolone จากการประเมินภาวะสุขภาพได้มีการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษา การพยากรณ์โรค เพื่อให้สามารถเผชิญกับความรู้สึกกลัวขั้นตอนการรักษา และดูแลตัวเอง สังเกตอาการผิดปกติได้ การพยาบาลเพื่อลดอาการบวมทางร่างกาย การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ช่วยประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพใกล้บ้าน รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบลให้การช่วยเหลือด้านการเดินทางมาตรวจรักษาตามนัด และส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคกำเริบ หลังจากอาการทางไตสงบลง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะไตเรื้อรัง ให้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมระยะเวลาในการดูแลและให้การพยาบาล 1 ปี 18 วัน



## วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐาน และได้รับการรักษาที่เหมาะสม กับพยาธิสภาพของไต และการพยาบาลที่ใช้ทักษะและกระบวนการพยาบาล ครบถ้วนทั้งองค์รวม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะไตเรื้อรัง เนื่องจากอาการและอาการแสดงทางคลินิกในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง บางครั้งไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของพยาธิสภาพทางไต ดังนั้น kidney biopsy ถือเป็น gold standard ในการวินิจฉัยโรค lupus nephritis แต่การตรวจ kidney biopsy ยังไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อไปตรวจในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้ตรวจวินิจฉัยด้วยการตรวจ kidney biopsy เนื่องจากปัญหาความกลัวขั้นตอนการตรวจ kidney biopsy ปัญหาการเดินทาง ปัญหาทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลและทีมสุขภาพจึงต้องส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและยอมรับการตรวจวินิจฉัยด้วยการตรวจ kidney biopsy

## ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง ในแผนกผู้ป่วยนอก
2. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษา ช่วยเพิ่มพูนความรู้ทักษะสำหรับ นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก
3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดูแลตนเอง ป้องกันการกำเริบกลับเป็นซ้ำและเกิดภาวะไตเรื้อรังในระยะยาว

## เอกสารอ้างอิง

1. บัญชา สถิระพจน์. Comprehensive Review of Nephrology 2022. ประชุมวิชาการ Nephrology Review for internists. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
2. ปิยวรรณ กิตตสกุลนาม, ยิงยศ อวิหิงสานนท์. การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาของชั้นเนื้อไตในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยมัยโคฟีโนเลตไมเฟดิล. วารสารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554; 24(3): 151-167
3. ช่อทิพย์ ทองทิพย์. การพยาบาลผู้ป่วยเอสแอลอี ไตอักเสบเรื้อรัง และภาวะโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี 2567; 7(2): 34-39
4. กรรณิการ์ กองบุญเกิด, นัทธมน วุฑธานนท์, ประทุม สร้อยวงศ์. ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นเอสแอลอี. พยาบาลสาร 2564; 48(1):295-305.
5. อุปถัมภ์ สุภสินธ์. ข้อเสนอแนะเวชปฏิบัติทั่วไปโรคไตกลomerulus ในผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2562.
6. ปิยะนุช แห้งเพชร, บุศรา หมั่นศรี, จารุวรรณ มานะสุกร. พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 8. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่; 2560.
7. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไตอักเสบเรื้อรัง และการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2567. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2567.



## Nursing care for uncontrolled diabetes mellitus patients : A case study

Janya Rakphung, Dip in N.EQU BN.\*

### Abstract

**Introduction :** Diabetes is a public health problem that is becoming more serious worldwide, including Thailand. Diabetes is a chronic non-communicable disease that affects the health of patients. If blood sugar levels cannot be controlled to be in the normal range, patients will be uncomfortable from low or high blood sugar levels, causing both acute and chronic complications, resulting in a decrease in the patient's quality of life, which may lead to premature death. Therefore, nursing diabetic patients who cannot control their blood sugar levels to reduce complications of diabetes is very important.

**Objectives :** To provide effective nursing care for uncontrolled diabetes mellitus patients.

**Case study :** A 35-year-old Thai male patient was diagnosed with diabetes for 2 years. The following year, he developed hyperlipidemia. Today, he visited the doctor for his regular appointment and received medication for his old illness. He had symptoms of dizziness, palpitations, fatigue, and a blood sugar level of 9.7%, which was much higher than the standard. The doctor diagnosed him with Diabetes Mellitus. The patient underwent an assessment of his health status, behavior, knowledge of diabetes, screening for complications, and follow-up care from February 8 to July 9, 2024, for a total of 5 months. A nursing care plan was developed to care for diabetic patients, with 2 visits to the clinic and 6 visits to his home. The following problems were found: 1. The patient could not control his blood sugar level due to a lack of knowledge and appropriate behaviors for his illness. 2. The patient was at risk of complications from diabetes due to high blood sugar, high blood lipids, and obesity. 3. The patient did not exercise due to a lack of awareness and knowledge about exercise. 4. The patient was anxious about his illness due to his chronic illness. 5. The family was inadequate in caring for the patient due to a lack of knowledge about caring for the patient regarding the patient's illness and patient care. After caring for the patient, some of the problems were resolved: the patient had more knowledge and understanding of diabetes and had more appropriate self-care behaviors. He was able to control his blood sugar level to an appropriate level and had lost weight. and laboratory test results are normal.

**Conclusions :** Diabetes caused by lack of knowledge and inappropriate self-care behaviors results in the inability to control the disease. Therefore, nursing emphasizes providing holistic services, patient, family and community participation, and supporting self-reliance. Patient care uses the nursing process, counseling, and motivational interviewing theory to continuously create a driving force for changing health behaviors for better disease prevention and control.

**Keywords :** Nursing care of patients, diabetes mellitus, uncontrolled blood sugar level

---

\* Professional Nursing, Primary and Holistic care Department, Thungphothale Hospital, Kamphaengphet.

## การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษา

จรรยา รักฟุ้ง, ป.พย.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง อาจถึงแก่ความตายก่อนเวลาอันควร ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญอย่างมาก

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีประสิทธิภาพ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน 2 ปี ในปีต่อมาเป็นไขมันในเลือดสูง วันนี้นำพบแพทย์ตามนัด รับประทานยารักษาตัวเดิม มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย มีระดับน้ำตาลสะสม 9.7% สูงกว่าเกณฑ์มาก แพทย์วินิจฉัย Diabetes Mellitus ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลการดูแลตั้งแต่วันที่ 8 กุมภาพันธ์ - 9 กรกฎาคม 2567 รวมระยะ 5 เดือน วางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยติดตามที่คลินิก 2 ครั้ง เยี่ยมที่บ้าน 6 ครั้ง พบปัญหาดังนี้ 1. ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ 2. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และอ้วน 3. ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายเนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้การออกกำลังกาย 4. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง 5. ครอบครัวพร้อมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่และการดูแลผู้ป่วย หลังจากดูแลผู้ป่วยปัญหาได้รับการแก้ไขได้บางส่วน คือผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม มีน้ำหนักลดลง และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ

**สรุป :** โรคเบาหวานที่เกิดจากการขาดความรู้และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดการควบคุมโรคไม่ได้ ดังนั้นการพยาบาลเน้นการให้บริการแบบองค์รวม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เป็นการสนับสนุนการพึ่งพาตนเอง การดูแลผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาล การให้คำปรึกษาร่วมกับทฤษฎีการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เป็นแรงผลักดันทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีขึ้น

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วย โรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จังหวัดกำแพงเพชร

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนไม่ผลิตอินซูลินเพียงพอหรือเมื่อร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ตับอ่อนผลิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือที่เรียกว่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นผลทั่วไปของโรคเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุม และเมื่อเวลาผ่านไป จะทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายเสียหายอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทและหลอดเลือด<sup>1</sup> สถานการณ์ของโรคเบาหวาน จากการรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ ในปี ค.ศ.2021 (พ.ศ. 2564) พบว่า มีประชากร 537 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวาน และคาดว่าจำนวนจะเพิ่มมากขึ้นเป็น 643 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) และ 783 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 (พ.ศ. 2588) ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยจากการสำรวจความชุกของเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบความชุกร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563<sup>2</sup> จากสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของประเทศไทย พ.ศ. 2564 - 2566 พบร้อยละ 7.01, 7.34 และ 7.70<sup>3</sup> และพบอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.18, 2.27 และ 2.18<sup>4</sup> ตามลำดับ ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในการรักษาเบาหวาน มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางตา ไต ระบบประสาทส่วนปลาย ภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือดทั้งยังช่วยป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้อีก นอกจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ควรควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดด้วย เช่น ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ลดน้ำหนัก และงดสูบบุหรี่ และการประเมินผลการรักษาเบาหวานมีความสำคัญมากเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานทราบสถานะการควบคุมเบาหวานของตนเอง ทำให้มีการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ<sup>5</sup> ดังนั้นพยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในระดับปฐมภูมิ ที่ช่วยขับเคลื่อนระบบบริการให้มีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย<sup>6</sup> และการจัดการรายกรณี เป็นแนวคิดที่มีการนำมาใช้จัดการปัญหาการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีปัญหาซับซ้อน มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถป้องกันการเกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง สามารถจัดการดูแลที่มีคุณภาพและคุ้มค่าคุ้มทุน สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน โดยการประเมินภาวะสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ทั้งด้านความรู้ ความเชื่อ พฤติกรรมสุขภาพ การให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต<sup>7</sup>

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 655, 674 และ 677 รายตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังพบผู้ป่วยโรคเบาหวาน HbA1C < 7 ร้อยละ 39.55, 40.09 และ 31.45 ตามลำดับ<sup>8</sup> ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย คือร้อยละ 40<sup>9</sup> ดังนั้นการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงมีความสำคัญ โดยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยการดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีประสิทธิภาพ

## กรณีศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 35 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีอาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไป

### อาการสำคัญ

เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล

### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเลไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ น้ำตาลสะสม 9.7% เคยนอนรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 1 ครั้ง (4 วัน)

3 วันก่อน ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย ซึ่ยอมรับประทานเอง

วันนี้อาการพบแพทย์ตามนัด รับประทานประจำตัวเดิม มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย

## ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีก่อน ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนระดับ 1 และเพิ่มเป็นภาวะอ้วนระดับ 2 เมื่อ 4 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน มีประวัติเคยสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน 10 ปี เลิกสูบบุหรี่มา 2 ปี

1 ปีก่อน ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไขมันในเลือดสูง รับประทานยาต่อเนื่อง

ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี มีการดื่มแอลกอฮอล์นานๆครั้ง

การวินิจฉัยของแพทย์ : Diabetes Mellitus

## การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 120 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร BMI 37.56 รอบเอว 112 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 85 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีผื่นคัน ไม่มีรอยย่น เล็บปกติ ไม่มีเล็บขบ ไม่มีแผลหรือรอยฟกช้ำตามร่างกาย

ศีรษะ : ผมสั้น สีดำ ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ไม่มีก้อนนูน ไม่มีแผล

ตา : สามารถมองเห็นได้ชัดเจน ไม่มีขี้ตา ไม่มีน้ำตาไหล หนังตาไม่ตก

หู : ไม่เป็นหูน้ำหนวกหรือหูอักเสบ การได้ยินชัดเจน

จมูก : การหายใจสะดวก ไม่มีน้ำมูกหรือคัดจมูก

ปาก : ริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีแผลที่ริมฝีปาก ไม่ใส่ฟันปลอม ไม่มีเหงือกอักเสบกลืนอาหารได้ไม่ลำบาก

คอ : ไม่มีก้อนที่คอ

ระบบทางเดินหายใจ : หายใจได้ปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยหอบ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ไม่มีหัวใจรั่ว ไม่มีเสียง murmur ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีอาการอาเจียน ท้องไม่อืด BS 5/min ไม่มีท้องผูก

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : Motor power ของแขนขาทั้ง 2 ข้าง grade 5 เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ

ระบบประสาท : ระดับการรู้สึกตัวปกติ Stiff neck ผล Negative E4V5M6 pupil 3 min RTLBE

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปกติ

อวัยวะสืบพันธุ์ : ไม่ได้ตรวจ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้ากังวล ความจำปกติ การรับรู้ปกติ

## การประเมินมุมมองความเจ็บป่วย (illness) ของผู้ป่วย (IFFE)

Idea: ผู้ป่วยและครอบครัว คิดว่าโรคที่เป็นอยู่ไม่หายขาด ต้องกินยาตลอด ผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังจะเป็นตลอดชีวิตถ้าดูแลตนเองไม่ดี อาจมีทางรักษาหายได้ ถ้ารับประทานยาสม่ำเสมอ และไม่ทราบว่าอาหารอะไรทำให้ระดับน้ำตาลสูง และคิดว่าสามารถควบคุมน้ำตาลได้ด้วยยาที่แพทย์รักษา

Feeling: ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวัง ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง ไม่เป็นภาระคนอื่น ตอนแรกที่ผู้ป่วยรับทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ก็รู้สึกเครียดวิตกกังวล เพราะตอนที่ทราบว่าตนเป็นโรคนี้ และยังอยู่ในวัยทำงาน และคิดว่าตัวเองจะยังทำงานได้อยู่ใหม่ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอีกเท่าไร ปัจจุบันผู้ป่วยรับได้ และปรับตัวได้กับโรคที่เป็นอยู่

Function: ผู้ป่วยคิดว่าโรคที่เป็นอยู่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เพราะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ทрудทรม มีผลกับโรคที่ตัวเองเป็นอยู่ ทั้งเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ซึ่งถ้ามีอาการมากอาจมีผลทำให้ทำงานไม่ได้

Expectation: คาดหวังอยากให้ตนเองหายป่วยจากโรคนี้ ร่างกายแข็งแรงขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบว่าโรคนี้โอกาสหายเลยนั้นยาก อาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต และยังมีสถานบริการสาธารณสุขคือ โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล ที่ทำให้ผู้ป่วยไปรับบริการได้สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องไปสถานพยาบาลที่ไกลกว่านี้



### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	8/2/2567	8/3/2567	5/4/2567	8/5/2567	7/6/2567	9/7/2567
FBS	80-130 mg/dl	174	181	180	127	107	108
HbA1C	< 7%	9.7	9.6	7.7	5.8	5.8	5.7

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	ค่าปกติ	8/2/2567	9/7/2567
<b>Biochemistry:</b>			
BUN	5 – 23 mg%	9.5	12.6
Cr	0.51-0.95 mg/dl	0.88	0.95
eGFR	>90 cc/min/1.7m	120.23	110.81
<b>Lipid profile:</b>			
Cholesterol	< 200 mg/dl	258	163
Triglyceride	< 150 mg/dl	349	134
HDL	40-50 mg/dl	66	56
LDL	< 100 mg/dl	118	80
<b>Electrolyte:</b>			
Na	135-148 mEq/L	143.7	138.6
K	3.7-5.3 mEq/L	3.35	3.75
Cl	95-105 mEq/L	100.5	101.2
CO <sub>2</sub>	25-32 mEq/L	32.0	23.3

### สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

**Visit ที่ 1** วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567 มาพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาประจำตัวเดิม มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 138/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 120 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 37.56 เส้นรอบเอว 112 เซนติเมตร

**Visit ที่ 2** วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2567 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่นบางครั้ง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานข้าวขาว 6 ทัพพีต่อมื้อ ชอบอาหารรสจืด อาหารมัน ดื่มน้ำแผลกระป๋อง วันละ 3 กระป๋อง ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานครั้งละ 1 กิโลกรัม ไม่ออกกำลังกายเลย ขับถ่ายได้ปกติ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 135/83 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 120 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 37.56 เส้นรอบเอว 112 เซนติเมตร

**Visit ที่ 3** วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ มึนงงเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยดื่มน้ำอัดลม ลดดื่มน้ำแผลกระป๋อง 2 กระป๋องต่อวัน ลดข้าวลงเหลือ 3-4 ทัพพีต่อมื้อ ยังไม่ออกกำลังกาย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 127/81 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 120 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 37.56 เส้นรอบเอว 112 เซนติเมตร

**Visit ที่ 4** วันที่ 15 มีนาคม 2567 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ผู้ป่วยอาการปกติ ผู้ป่วยดื่มน้ำอัดลม ลดดื่มน้ำแผลกระป๋อง ดื่มน้ำแผลกระป๋อง 2 มื้อ ลดข้าวเหลือ 2-3 ทัพพีต่อมื้อ ออกกำลังกายโดยการวิ่งทุกวัน 30 นาที ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าจากอาการวิ่ง จากการตรวจร่างกายเข้า ไม่มีอาการบวมแดง กดไม่เจ็บ แนะนำการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินเร็ว เพราะ BMI เกินเกณฑ์ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 138/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 113 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 35.66 เส้นรอบเอว 108 เซนติเมตร



**Visit ที่ 5** วันที่ 19 เมษายน 2567 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ผู้ป่วยอาการปกติ รับประทานนมผงกับข้าว ปริมาณข้าวลดลง 2 ทัพพี ต่อมือ ออกกำลังกายโดยเดินเร็ว 45-60 นาที 5 ครั้งต่อสัปดาห์ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 144/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 110 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 33.77 เส้นรอบเอว 104 เซนติเมตร

**Visit ที่ 6** วันที่ 17 พฤษภาคม 2567 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 ผู้ป่วยอาการปกติ รับประทานข้าว 2 ทัพพีต่อมือ เพิ่มผัก เพิ่มไข่ 2 ฟอง ออกกำลังกายเกือบทุกวัน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 107 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 33.77 เส้นรอบเอว 100 เซนติเมตร

**Visit ที่ 7** วันที่ 14 มิถุนายน 2567 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 ผู้ป่วยอาการปกติ รับประทานข้าว 2 ทัพพีต่อมือ งดน้ำอัดลม ลดดื่ม กาแฟดำ 1 แก้วต่อวัน ลดการดื่มเครื่องดื่มปรุงแต่ง ออกกำลังกายทุกวัน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 134/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 103 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 32.51 เส้นรอบเอว 98 เซนติเมตร

**Visit ที่ 8** วันที่ 9 กรกฎาคม 2567 มาพบแพทย์ตามนัด รับยาโรคประจำตัวเดิม มีอาการปกติ วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 126/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 103 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 32.51 เส้นรอบเอว 98 เซนติเมตร

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 :** ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “รับประทานข้าวขาว 6 ทัพพีต่อมือ ชอบอาหารรสจัด อาหารมัน ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน วันละ 3 กระป๋อง ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานครั้งละ 1 กิโลกรัม ไม่ออกกำลังกายเลย”

O : ผลการตรวจร่างกาย รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 120 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 37.56 เส้นรอบเอว 112 เซนติเมตร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS 174 mg/dl HbA1C 9.7%

#### วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวาน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 60
2. ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
  - ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 80-130 mg/dl
  - ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C < 7%

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินระดับรุนแรงของโรคเบาหวานตามตารางป้องกันภาวะแทรกซ้อน 7 สี และแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบว่ายอยู่ในกลุ่มสีแดง
3. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประเมิน Stage of change และปรับรูปแบบของการจัดกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

4. ประเมินความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวาน โดยสอบถามถึงอาการที่เป็นอยู่ การป้องกันแก้ไขอาการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้การพยาบาล

5. ให้ความรู้โรคเบาหวาน และสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการดูแลรักษาโรคเบาหวาน สร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้บรรลุเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานได้ เน้นหาความรู้ประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โภชนาบำบัด การออกกำลังกาย ยารักษาเบาหวาน การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองและการแปลผล ภาวะน้ำตาลต่ำหรือสูงในเลือดและวิธีป้องกันแก้ไข โรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน และโรคที่พบบ่อยร่วมกับเบาหวาน การดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลรักษาเท้า การดูแลสุขภาพช่องปาก และการดูแลในภาวะพิเศษ เช่น เดินทางไกล ไปงานเลี้ยง เล่นกีฬา เป็นต้น

6. ใช้เทคนิค motivational interviewing ในการให้ความรู้โรคเบาหวาน การสัมภาษณ์โดยตั้งใจให้ผู้ป่วยพูดถึงเรื่องของตนเอง โดยที่ผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน จะพูดชักถามหรือเสริมเกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นครั้งคราว

7. แนะนำการปรับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อช่วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ลดเวลาอยู่นิ่งๆ (sedentary time) นอนให้เพียงพอ โดยทบทวนเป็นระยะเมื่อการควบคุมไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรืออย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

8. ประเมินการใช้ยา และแนะนำการให้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

9. ประเมินความรู้หลังให้คำแนะนำ โดยการให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษา จากโรคเบาหวาน รวมทั้งแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อประเมินความรู้ของผู้ป่วยรวมทั้งการหาแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

10. ติดตามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง โดยการโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน ทุกสัปดาห์ 4 ครั้ง ทุก 1 เดือน 3 ครั้ง

11. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่มาพบแพทย์ (ทุกเดือน)

12. ชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรม เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาสุขภาพ

13. ประสานแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เยี่ยมอาการผู้ป่วย และติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยเป็นระยะทุกเดือน หรือเมื่อขาดนัด

#### การประเมินผล (9 กรกฎาคม 2567)

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 80 และมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ร้อยละ 82

2. ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

- ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 108 mg/dl

- ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C 5.7 %

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2** ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเนื่องจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูงและอ้วน

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “รับประทานข้าวขาว 6 ทัพพีต่อมื้อ ชอบอาหารรสจัด อาหารมัน ดื่มน้ำกาแฟกระป๋อง วันละ 3 กระป๋อง ดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานครั้งละ 1 กิโลกรัม ชอบดื่มน้ำปลาทุกครั้งที่ยกข้าว ไม่ออกกำลังกายเลย”

O : ผลการตรวจร่างกาย รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 120 กิโลกรัม ส่วนสูง 178 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 37.56 เส้นรอบเอว 112 เซนติเมตร ระดับความดันโลหิต 144/87 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Cholesterol 258 mg% Triglyceride 349 mg% HDL 66 mg% LDL 118 mg% FBS 174 mg/dl HbA1C 9.7%

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูง

2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเรื้อรังที่ ตา ไต เท้า

3. ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง
4. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lipid profile ดีขึ้น/ปกติ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเชื่อกันโรคไขมันในเลือดสูง และภาวะอ้วน ความต้องการแก้ปัญหา โดยการลดน้ำหนัก ควบคุมอาหารให้เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา
2. ประเมิน และค้นหาสาเหตุโดยทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และสมอง (CVD Risk score) ในระยะ 10 ปีข้างหน้า นำผลมาวิเคราะห์แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบ
3. ให้ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักตัว เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย อันตรายจากภาวะไขมันในเลือดสูง การวัดเส้นรอบเอว ซึ่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
4. แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง เรื่องรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ
5. ตั้งเป้าหมายในการควบคุมปริมาณอาหารร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ โดยการควบคุมอาหารวันละ 500 – 1,000 kcal ต่อวัน จะช่วยลดน้ำหนักได้ 0.5 – 1.0 kg ต่อสัปดาห์
6. นัดหมายติดตามประเมินผลโดยการตรวจร่างกาย ซึ่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ทุกเดือน
7. แนะนำติดตามการตรวจสุขภาพเจาะเลือดประจำปี เพื่อหาระดับ HbA1C ตามแผนการรักษาของแพทย์
8. ตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี เช่น ตรวจจอประสาทตา โดย ophthalmoscope, ตรวจ monofilament test เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้า, ตรวจหาระดับ micro albumin urea และตรวจระดับ creatinine ในเลือดเพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต
9. ให้ความรู้การรับประทานอาหารต้านความดันโลหิตสูง (DASH diet) เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพ อาหารหวาน อาหารมัน อาหารเค็ม ชนิดของอาหารที่ให้พลังงานสูง ความรู้เกี่ยวกับโซเดียมอาหารคือ อาหารโซเดียมเขี้ยว เป็นอาหารที่ให้พลังงานต่ำ สามารถกินได้มาก อาหารโซเดียมเกลือเป็นอาหารที่ให้พลังงานปานกลาง สามารถกินได้พอควร อาหารโซเดียมแดงเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงมาก ควรกินให้น้อยที่สุด พร้อมให้เอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการนำไปเลือกปรุงอาหารให้เหมาะสมได้
10. แนะนำการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และตรวจตามนัดทุกครั้ง ถ้ามีอาการผิดปกติให้พบแพทย์
11. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวกายแห้งกระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซิฟรเด้นเร็ว ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบพบแพทย์
12. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ มีอาการมือเท้าเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย ซิฟรเบารเร็ว ซึม สับสน หมดสติ ชัก ให้ดื่มน้ำหวานเข้มข้น 2 ช้อนโต๊ะ ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นให้มาพบแพทย์
13. สร้างแรงจูงใจความมั่นใจโดยให้ผู้ป่วยพูดคุย ชักถาม และเสนอแนะทางที่จะประสบผลสำเร็จพร้อมชมเชย ให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

#### การประเมินผล (9 กรกฎาคม 2567)

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูง
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเรื้อรังที่ ตา ไต เท้า
3. ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง จาก 120 กิโลกรัม ลงเหลือ 103 กิโลกรัม
4. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท อยู่ในช่วง 126/78-138/84 มิลลิเมตรปรอท
5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lipid profile ดีขึ้น/ปกติ Cholesterol 163 mg% Triglyceride 134 mg% HDL 56 mg% LDL 80 mg%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายเนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้การออกกำลังกาย

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่มีเวลาออกกำลังกาย” “ช่วยลดน้ำตาลได้จริงป่าว”

O : ผู้ป่วยมีอาการซีฟทำนา และรับจ้างทั่วไป จากการประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ร้อยละ 20

**วัตถุประสงค์การพยาบาล** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมได้

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยมีความรู้การออกกำลังกายถูกต้อง ร้อยละ 60
2. ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 - 45 นาที จำนวน 3 วัน/สัปดาห์

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินความรู้และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ประกอบด้วย
  - ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ที่ทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรง ลดความดันโลหิต ลดไขมันที่สะสมตามร่างกาย ลดน้ำหนัก สร้างกล้ามเนื้อ เพื่อชี้ให้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย
  - หลักการออกกำลังกาย ชนิดการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมและปลอดภัย การออกกำลังกายที่ถูกต้อง มีผลดีต่อสุขภาพ และการออกกำลังกายเพื่อการสลายไขมันส่วนเกิน โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติ และปรับใช้ให้เหมาะกับตนเองที่มีภาวะอ้วนและเป็นโรคเบาหวาน
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้เลือกวิธีการออกกำลังกายแบบการเดิน โดยให้ตั้งเป้าหมายไว้จะเดินเร็ว 4.5 กิโลเมตรต่อชั่วโมง 3 วัน/สัปดาห์ เพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันในการนำไปปฏิบัติ
4. สอนสาธิตวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการบริหารร่างกายเฉพาะที่ ให้ทดลองปฏิบัติ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้
5. แนะนำวิธีการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การทำความสะอาดบ้าน การทำครัว การปลูกผักสวนครัวไว้รับประทานเองในครัวเรือน เป็นต้น
6. กล่าวคำชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติต่อเนื่อง
7. เปิดโอกาสให้สอบถาม ข้อสงสัย ปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย ผ่านช่องทางโทรศัพท์หรือไลน์
8. ติดตามประเมินผลการออกกำลังกายทุกเดือน

**การประเมินผล (9 กรกฎาคม 2567)**

1. ผู้ป่วยมีความรู้การออกกำลังกายถูกต้อง ร้อยละ 86
2. ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย โดยการเดินเร็ว 4.5-7 กิโลเมตร ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที 6 - 7 วันต่อสัปดาห์

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 :** ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง

**ข้อมูลสนับสนุน**

S : ผู้ป่วยบอกว่า “น้ำตาลสูงมาก ๆ กลัวตาย” “ตื่นกลางดึกบ่อยๆแล้วไม่ค่อยหลับ”

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ประเมินความเครียด (ST-5) ได้ 8 คะแนน คัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q มี 1 ข้อ คือ เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน และประเมินโรคซึมเศร้า 9Q รวมได้ 6 คะแนน มี 3 ข้อ คือ เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไรเป็นบ่อย เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียเป็นบ่อย และหลับยากหลับๆ ตื่นๆ เป็นบ่อย

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายเครียด ลดความวิตกกังวล ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล
2. คะแนนประเมินความเครียด (ST-5) ได้ < 5 คะแนน คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) < 1 ข้อ และ 9 คำถาม (9Q) < 5 คะแนน
3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สุขุม นุ่มนวล จริงใจ
2. ประเมินอาการวิตกกังวล โดยการสังเกตอาการและอาการแสดง การซักประวัติ การใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและความวิตกกังวล และรับฟังผู้ป่วยด้วยความจริงใจ
4. ประเมินการปรับตัวและเผชิญปัญหา เพื่อดูความสามารถในการจัดการปัญหาด้วยตนเองของผู้ป่วย
5. ปรับแผนการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเข้ามาส่วนร่วมในวางแผนการดูแลทุกขั้นตอน เพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำได้เหมาะสมกับผู้ป่วย
6. ให้คำแนะนำเรื่องโรคและความเจ็บป่วยเพิ่มเติมในเรื่องที่ผู้ป่วยสงสัยหรือวิตกกังวล
7. ให้กำลังใจผู้ป่วย และเสริมแรงทางบวก เพื่อให้ผู้ป่วยคิดทางบวกต่อตนเองเพิ่มมากขึ้น
8. แนะนำวิธีการจัดการอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ ไหว้พระ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การออกกำลังกาย โดยเน้นให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
9. ค้นหาและเพิ่มศักยภาพแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย

### การประเมินผล (9 กรกฎาคม 2567)

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล
2. คะแนนประเมินความเครียด (ST-5) ได้ 2 คะแนน คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 0 ข้อ และ 9 คำถาม (9Q) 0 คะแนน
3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 8-9 ชั่วโมง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 :** ครอบครัวพร่องในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่และการดูแลผู้ป่วย

### ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วย “กรรยา ญาติ ขอบซื้อขนมหวาน ของกินมาให้บ่อยๆ” “บางครั้งอดใจไม่ไหว”

O: จากการสังเกต จะพบว่ามีขนมหวานวางไว้บนโต๊ะกินข้าว โต๊ะซงกาแฟ แขนงที่เสียบ้าน วันที่ไปเยี่ยมบ้านเวลา 10.00 น. ผู้ป่วยยังไม่ได้รับประทานอาหารเช้า

**วัตถุประสงค์การพยาบาล :** เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่และการดูแลผู้ป่วยได้

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 60

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของสมาชิกในครอบครัวเรื่องโรคเบาหวาน และการดูแลในการจัดเตรียมอาหาร ผลไม้ และอื่นๆ ให้ผู้ป่วยรับประทาน และ ความเข้าใจในวิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย การป้องกันแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน
2. ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ยา และอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานแก่สมาชิกในครอบครัว
3. สร้างความเข้าใจในการรับประทานยาและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจตรงกัน เช่น การสอนญาติดูยาที่แพทย์สั่งจากสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการบริหารยา การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย
5. ประเมินหลังให้ความรู้ และติดตามประเมินสมาชิกในครอบครัวในด้านการจัดเตรียมอาหารและยา ให้กับผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง

### การประเมินผล (9 กรกฎาคม 2567)

ครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 80

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 35 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน 2 ปีก่อน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเลไม่ต่อเนื่อง วันนี้มาพบแพทย์ตามนัด รับยาโรคประจำตัวเดิม มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย มีระดับน้ำตาลสะสม 9.7% สูงกว่าเกณฑ์มาก แพทย์วินิจฉัย Diabetes Mellitus ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ การปฏิบัติตัว ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน และติดตามผลการดูแลระยะ 5 เดือน วางแผนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยติดตามที่คลินิก 2 ครั้ง เยี่ยมที่บ้าน 6 ครั้ง พบปัญหาผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เนื่องจากขาดความรู้และพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง, ไขมันในเลือดสูงและอ้วน หลังจากดูแลผู้ป่วยปัญหาได้รับการแก้ไข คือผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Lipid profile ปกติ ส่วนปัญหาที่ยังคงอยู่ คือ ผู้ป่วยยังมี BMI และความดันโลหิตเกินค่าเป้าหมาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด จึงต้องติดตามทุกครั้งที่มาตามนัด และมีการทบทวนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้พฤติกรรมที่ดีคงอยู่อย่างยั่งยืน ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วมรายนี้ พบว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีสาเหตุหลักสำคัญมาจากการรับประทานอาหารที่เป็นแป้ง ของหวานจำนวนมาก ไม่ออกกำลังกาย และโรคอ้วน และผู้ป่วยยังขาดความตระหนัก ความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตดังกล่าว ต้องทำเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน จากกรณีศึกษารายนี้ มีข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ควรมีการพัฒนาการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ บรรลุตามเป้าหมาย และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ควรสนับสนุนให้มีการอบรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมแก่ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อนำความรู้ทักษะไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้
3. ควรส่งเสริมให้พยาบาลบูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาล หรือแนวคิดทางการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล จะทำให้การพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเพิ่มขึ้น

## สรุป

โรคเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ ต้องเกิดจากความสมัครใจของผู้ป่วยเอง มิใช่การบังคับเพราะต้องทำเอง ถ้ายังไม่สมัครใจ พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญก่อน และมีแรงจูงใจภายในเกิดขึ้นพร้อมที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำปรึกษา ให้การยอมรับนับถือ เห็นคุณค่า ให้ความไว้วางใจ ให้งบประมาณหรืออุปกรณ์เสริม และให้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ครอบครัว จะช่วยเสริมความสำเร็จได้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. โรคเบาหวาน. [สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 14 พฤศจิกายน วันเบาหวานโลก WORLD DIABETES DAY. [สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.cmu.ac.th/th/article/1516e9d1-9cb9-40fa-ba98-9285046ddfe6>



3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน. [สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd)
4. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน. [สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4)
5. โรงพยาบาลรามคำแหง. โรคเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงกว่าปกติทำไม่ต้องรักษา. [สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก [https://www.ram-hosp.co.th/news\\_detail/244](https://www.ram-hosp.co.th/news_detail/244)
6. ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจ และนพวรรณ เปียชื้อ. บทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2560 ; 23(1) : 27-43.
7. ทิพนาส ชิดวงศ์. การจัดการรายกรณีผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2560 ; 37(1) : 148-157.
8. โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่าง พ.ศ. 2564 - 2566. ทุ่งโพธิ์ทะเล : โรงพยาบาล ; 2566.
9. กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี. [สืบค้นวันที่ 1 ธันวาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://fileex.moph.go.th/media/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3-2565.png>
10. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด. ; 2566.
11. จูฑารัตน์ โกเสส, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ และศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565 ; 49(2) : 55-68.
12. กันทิมา ทาหอม. ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ของโรงพยาบาลกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567 ; 9(1) : 777-785.
13. วรรัตน์ ปาจริยานนท์, บัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, ลุนมณี สุวรรณโมรา, สุพรรณรัตน์ ช่อวารินทร์ และนวรรตน์ ภูเหิน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561 ; 15(1) : 118-127.
14. พลอยปภัส จรัสชนะพัฒน์, ประทุม สร้อยวงศ์ และมยุลี สำราญญาติ. ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร 2559 ; 43(พิเศษ) : 23-34.



## Factors Affecting the Cost-Effectiveness of Medical Equipment at Lampang Hospital

Boonyarat Sriawatchanakarn, M.Sc. (Information Technology Management)\*

### Abstract

**Introduction :** In the fiscal year 2023, Lampang Hospital has invested in 22 medical equipment with a price of 1 million baht or more with non-budget money. It supports tertiary care and Excellence Centers such as the Cardiology Center, Cancer Center, Neonatal Center, and Accident Center.

**Objectives :** This descriptive study on Factors Affecting the Cost-Effectiveness of Medical Equipment at Lampang Hospital from the perspective of Hospital administrators and the perspective of users of expensive medical equipment.

**Methods :** Descriptive study. The population was 24 Hospital administrators and 22 Users of expensive medical equipment costing 1 million baht or more per unit, purchased in the fiscal year 2566. The Questionnaires used are 2 sets of exams, the first set consists of general information and experience from the perspective of Hospital administrators. The second set contains general information and compliance with 6 factors that affect cost-effectiveness: planning, implementation of the plan, audit, continuous improvement, efficiency, and effectiveness. Satisfaction level of users of expensive medical equipment. Datas collected are analyzed for percentages, means, and standard deviations.

**Results :** The factors that hospital administrators focus on the cost-effectiveness of using expensive medical equipment in the hospital include the preparation of the installation site, the availability of various systems, and the development of skills of personnel who use the equipment. Trial and demonstration of how to use, sufficiency, and access to medical equipment for service recipients throughout the province (Lampang Model), the need for appropriate investment in line with the strategic plan and vision and according to academic principles, They also consider the need for budget allocation, approve investment plans according to academic principles and prioritize medical equipment needs for patients 0.5-1 year in advance, medical equipment saves patients' lives, patients have a good quality of life, no need to wait in long queues and go to other places for treatment outside the health region, CMI and SumAdjRW values have increased. Overall, the practices of users of expensive medical equipment are at the highest level ( $\bar{X}=4.44$ ,  $SD=0.77$ ). Breakdown by five aspects: Planning ( $\bar{X}=4.57$ ,  $SD=0.71$ ), Plan implementation ( $\bar{X}=4.87$ ,  $SD=0.28$ ), Monitoring ( $\bar{X}=4.35$ ,  $SD=0.88$ ), Continuous improvement ( $\bar{X}=4.21$ ,  $SD=0.97$ ), Efficiency ( $\bar{X}=4.37$ ,  $SD=0.64$ ) and Effectiveness ( $\bar{X}=4.25$ ,  $SD=1.13$ ). Overall, users' satisfaction with expensive medical equipment is at the highest level ( $\bar{X}=4.68$ ,  $SD=0.49$ ).

**Conclusions :** The 6 practical factors of users of expensive medical equipment are used as information for hospital administrators to make decisions on the management of expensive medical equipment and the management of the hospital's budget to make good use of it.

**Keywords :** Cost-Effectiveness of Medical Equipment

\* M.Sc.(Information Technology Management), Deputy Director of Administration, Lampang Hospital

## ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง ของโรงพยาบาลลำปาง

บุญยรัตน์ ศรีอาวชันการ, วท.ม. (เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการ)\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** ในปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลลำปางมีการลงทุนครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคา 1 ล้านบาทขึ้นไป จำนวน 22 รายการ ด้วยเงินนอกงบประมาณรองรับการเป็นแม่ข่ายการให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ (Tertiary care) และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellence Center) ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์ทารกแรกเกิด และศูนย์อุบัติเหตุ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลลำปางในมุมมองผู้บริหารโรงพยาบาล และมุมมองผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

**วิธีการศึกษา :** การศึกษาเชิงพรรณนา ประชากร คือ ผู้บริหารของโรงพยาบาล จำนวน 24 คน และผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงในกลุ่มงานที่ได้รับครุภัณฑ์การแพทย์ราคาต่อหน่วย 1 ล้านบาทขึ้นไปที่ได้รับการลงทุนและจัดซื้อในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 22 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และประสบการณ์มุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล ชุดที่ 2 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติตามปัจจัย 6 ด้านที่ส่งผลต่อความคุ้มค่า ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านดำเนินการตามแผน ด้านการตรวจสอบ ด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ด้านประสิทธิภาพ ด้านประสิทธิผล และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสรุปเนื้อหา

**ผลการศึกษา :** ปัจจัยที่ผู้บริหารโรงพยาบาลลำปางให้ความสำคัญต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาล ได้แก่ การเตรียมสถานที่ติดตั้ง ความพร้อมของระบบต่างๆ การพัฒนาทักษะบุคลากรผู้ใช้ครุภัณฑ์ การทดลองใช้งาน และการสาธิตวิธีการใช้งาน ความพอเพียงและการเข้าถึงครุภัณฑ์การแพทย์ของผู้รับบริการทั้งจังหวัด (Lampang Model) ความจำเป็นเหมาะสมในการลงทุนให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลและตามหลักวิชาการ จัดลำดับความสำคัญ ความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วยก่อน 0.5-1 ปี ครุภัณฑ์การแพทย์ช่วยชีวิตผู้ป่วยผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องรอคิวนาน และเดินทางไปรักษาที่อื่นนอกเขตสุขภาพ ทำให้ค่า CMI และ SumAdjRW เพิ่มขึ้น และปัจจัยการปฏิบัติของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงในกลุ่มงานที่ได้รับครุภัณฑ์การแพทย์ราคาต่อหน่วย 1 ล้านบาทขึ้นไป ภาพรวมปัจจัยมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.44$ ,  $SD=0.77$ ) ด้านการวางแผนมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.57$ ,  $SD=0.71$ ) ด้านดำเนินการตามแผนมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.87$ ,  $SD=0.28$ ) ด้านการตรวจสอบมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.35$ ,  $SD=0.88$ ) ด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.21$ ,  $SD=0.97$ ) ด้านประสิทธิภาพมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.37$ ,  $SD=0.64$ ) และด้านประสิทธิผลมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.25$ ,  $SD=1.13$ ) ความพึงพอใจของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง ภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.68$ ,  $SD=0.49$ )

**สรุป :** ปัจจัยการปฏิบัติ 6 ด้านของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงใช้เป็นข้อมูลให้ผู้บริหารโรงพยาบาลประกอบการตัดสินใจในการบริหารจัดการครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง และการบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลให้ใช้ประโยชน์คุ้มค่า

**คำสำคัญ :** ความคุ้มค่า ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

\*รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง

## บทนำ

ความคุ้มค่า คือ การใช้และการบริหารจัดการทรัพยากร คน เงิน เครื่องมือ และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในองค์กรให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความสมดุลของการประหยัด (Economy) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ประสิทธิผล (Effectiveness) และความเสมอภาค (Equity) ในทุกกลุ่มที่ได้รับประโยชน์ตามสิ่งที่ต้องการ<sup>1</sup>

แผนการบริหารราชการแผ่นดิน ได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์หลัก 8 ประการ ประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเป้าหมายและภารกิจหลักของกระทรวงสาธารณสุข คือ นโยบายที่ 4 นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ในยุทธศาสตร์ของจังหวัดลำปางได้เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of life) ของประชาชนจังหวัดลำปาง อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและทิศทางการดำเนินงานปีงบประมาณ 2566-2568 ที่ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล เพื่อให้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนลดลง ประชาชนได้รับการคุ้มครองและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพมาตรฐาน ระบบบริหารจัดการที่เอื้อให้งานด้านสุขภาพบรรลุผลสัมฤทธิ์ โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง เป็นหน่วยงานหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงเป้าหมายดังกล่าว จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ (Strategic Map) ของโรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2565-2568 เพื่อบรรลุเป้าหมายโดยมีวิสัยทัศน์ “ศูนย์รวมความเป็นเลิศด้านการแพทย์ที่ทันสมัยระดับประเทศ”<sup>2</sup> มียุทธศาสตร์เน้นถึงพัฒนาความเป็นเลิศด้านวิชาการและบริการ (Academic & Service Excellence) มีบทบาทเป็นแม่ข่ายการให้บริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิ (Tertiary care) และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellence Center) พัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในโรคซับซ้อนและโรคที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เป็นแหล่งผลิตบัณฑิตทุกสาขาวิชาชีพอย่างมีคุณภาพระดับประเทศ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ให้มีสมรรถนะสูงขึ้น และส่งเสริมงานวิจัยที่มีมาตรฐานระดับประเทศ มีและสร้างนวัตกรรมด้วยความคิดสร้างสรรค์ และต่อยอดงานวิจัยนวัตกรรมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวาง ส่งเสริมคุ้มครอง ป้องกัน รักษา พันฟู (PP&P to Tertiary care) บริหารจัดการด้วยหลักนิติธรรม จริยธรรม (Rule and Moral) และได้ให้ความสำคัญถึงการพัฒนางานให้มีคุณภาพทั้งเครือข่าย (LAMPANG Model) และสนับสนุนการปฏิรูปเขตสุขภาพ<sup>3</sup> ดังนั้นโรงพยาบาลลำปางจึงต้องมีการลงทุนครุภัณฑ์สิ่งก่อสร้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงด้วยเงินงบประมาณ และเงินนอกงบประมาณเพื่อตอบสนองบทบาทการเป็นแม่ข่ายในการให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ (Tertiary care) และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellence Center) เฉพาะด้านในโรคซับซ้อน และโรคที่ต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์ทารกแรกเกิด และศูนย์อุบัติเหตุ รับผิดชอบจำนวนประชากรของอำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลลำปาง 219,590 คน จำนวนประชากรของทั้งจังหวัด 711,1478 คน<sup>4</sup> ทำให้ประชาชนในเขตภาคเหนือโดยเฉพาะจังหวัดลำปาง ลำพูน แพร่ น่าน พะเยา ตาก สุโขทัย และอุดรดิตถ์ ได้รับประโยชน์สูงสุดในการเข้าถึงบริการขั้นสูง โดยไม่ต้องเดินทางมารับการรักษาที่จังหวัดเชียงใหม่หรือส่วนกลาง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลลำปาง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ให้ผู้บริหารโรงพยาบาลประกอบการตัดสินใจในการวางแผนการจัดหาครุภัณฑ์ การแพทย์ การหาแหล่งที่มาของงบประมาณ การจัดเตรียมอาคารสถานที่ บุคลากร และทักษะการใช้งาน รวมทั้งมีการจัดทำแผนและการตั้งงบประมาณในการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ให้ใช้ประโยชน์คุ้มค่ากับโรงพยาบาลลำปาง ผู้รับบริการและประชาชนในจังหวัดลำปางและจังหวัดใกล้เคียงต่อไป

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงโรงพยาบาลลำปางในมุมมองผู้บริหารโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงโรงพยาบาลลำปางในมุมมองผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

## ประชากร

- ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 24 คน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน รองผู้อำนวยการ 7 คน ผู้ช่วยผู้อำนวยการ 10 คน คณะกรรมการงบลงทุนโรงพยาบาลลำปาง 6 คน (ไม่นับซ้ำผู้บริหารของโรงพยาบาล)
- ผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง จำนวน 22 รายการ ในกลุ่มงานที่ได้รับครุภัณฑ์การแพทย์ที่มีราคาต่อหน่วย 1 ล้านบาทขึ้นไป จำนวน 22 คน เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ระบุชื่อในแผนความต้องการครุภัณฑ์โรงพยาบาลลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2566

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแหล่งข้อมูลที่สำคัญจาก 2 แหล่ง คือ

1. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลจากความคิดเห็น โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม มีแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด

ชุดที่ 1 บัณฑิตที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลลำปาง สำหรับผู้บริหารของโรงพยาบาล แบ่งเป็นข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง (ตาม กพ.) และประสบการณ์ทำงานเป็นทีมผู้บริหารโรงพยาบาล และส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ประสบการณ์และมุมมองของผู้บริหารต่อครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลลำปาง และข้อเสนอแนะที่เห็นว่ามีความจำเป็นต่อโรงพยาบาลลำปาง

ชุดที่ 2 บัณฑิตที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลลำปาง สำหรับผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงที่มีราคาต่อหน่วย 1 ล้านบาทขึ้นไปโรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2566 แบ่งเป็นข้อมูล 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง (ตาม กพ.) และประสบการณ์ทำงาน ส่วนที่ 2 บัณฑิตที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ 5 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 8 ข้อ

2. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลได้จากกลุ่มงานพัสดุเกี่ยวกับรายการครุภัณฑ์การแพทย์ ชื่อครุภัณฑ์การแพทย์ ราคาต่อหน่วย ชื่อหน่วยงาน ชื่อบุคลากรทางการแพทย์ที่ระบุชื่อในแผนความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์รักษาวินิจฉัยผู้ป่วย และเป็นครุภัณฑ์การแพทย์ราคา 1 ล้านบาทขึ้นไปจัดซื้อด้วยงบลงทุนตามแผนความต้องการครุภัณฑ์ประจำปี โรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2566

## การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

- 1) ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถาม (content validity)

นำแบบสอบถาม 2 ชุดที่ประยุกต์จากแบบสอบถามบัณฑิตที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลลำปาง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (coverage) ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

- 2) ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability)

นำแบบสอบถามชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ชุดที่ 1 จำนวน 5 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.75 และชุดที่ 2 จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.75

## ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปางให้ทำวิจัยในโรงพยาบาล และได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพโรงพยาบาลลำปาง เอกสารเลขที่ EC 140/66 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานพัสดุขอใช้ข้อมูลหน่วยงานที่ได้รับครุภัณฑ์การแพทย์ราคา 1 ล้านบาทขึ้นไปจัดซื้อด้วยงบลงทุนตามแผนความต้องการครุภัณฑ์ประจำปี โรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2566 จากนั้นได้จัดทำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดในรูปแบบ

Google Form เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานกับผู้บริหารโรงพยาบาล คณะกรรมการบงกชของโรงพยาบาลลำปาง ผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลในรูปแบบ Google Form ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 20 มีนาคม 2567 จำนวน 1 เดือน แบบสอบถามผู้บริหารโรงพยาบาล ทั้งหมด 24 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืน 16 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 66.6 แบบสอบถามผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงทั้งหมด 22 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืน 15 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 68.2 แล้วนำข้อมูลที่ได้อาจจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์และสรุปผล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยายโดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลข้อคิดเห็น นำมาสรุปเนื้อหาและจัดหมวดหมู่
3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง จำแนกตาม

ระดับการปฏิบัติและรายชื่อ โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และภาพรวม

### ผลการศึกษา

**ส่วนที่ 1** รายการครุภัณฑ์การแพทย์ราคา 1 ล้านบาทขึ้นไปที่จัดซื้อด้วยงบลงทุนโรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 22 รายการ กระจายตามหน่วยงานต่างๆ ที่ให้บริการรักษา ได้แก่ หน่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ห้องตรวจ Echo ห้องผ่าตัดหัวใจ ห้อง IR ห้องตรวจ US สูดินรีเวชกรรม ห้อง G&B scope ห้องผ่าตัดใหญ่ ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องผ่าตัด Ortho ห้องผ่าตัดตา ศูนย์โรคไต หอผู้ป่วย NICU ห้องพยาธิวิทยา และธนาคารเลือด

**ส่วนที่ 2** ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงตามประสบการณ์และมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.8 มีอายุมากกว่า 50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 68.8 มีอายุเฉลี่ย 52 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 25.0 มีระดับตำแหน่งแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 81.3 ตำแหน่งพยาบาล ร้อยละ 12.5 มีประสบการณ์การทำงานเป็นทีมผู้บริหารโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 50.0 มีประสบการณ์การเป็นทีมผู้บริหารโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.19 ปี

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงตามประสบการณ์และมุมมองที่ผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญ สรุปได้ดังนี้

**ด้านสถานที่ ทักษะบุคลากร ผู้รับบริการ พบว่า**

**ด้านสถานที่ :** ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 9 คน ร้อยละ 56.25 มีมุมมองว่า ต้องมีการวางแผนเตรียมสถานที่ ติดตั้งในด้านโครงสร้าง การวางแผนความพร้อมของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบ internet ผลกระทบต่อพื้นที่รอบข้าง ฯลฯ

**ด้านทักษะบุคลากร :** ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 11 คน ร้อยละ 68.75 มีมุมมองว่า ต้องมีการวางแผนพัฒนาทักษะบุคลากรทั้งแพทย์พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง วางแผนการส่งฝึกทักษะในโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือก่อนที่กระบวนการพัสดุจะจัดซื้อสำเร็จ เพราะครุภัณฑ์มีราคาเกิน 1 ล้านบาทจะใช้เวลานาน

**ด้านผู้รับบริการ :** ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 8 คน ร้อยละ 50 มีมุมมองว่า ต้องมีการวางระบบการเข้าถึงครุภัณฑ์ การแพทย์ของผู้รับบริการทั้งจังหวัด มีการวางแผนประชาสัมพันธ์สร้างการตระหนักรู้ และสิทธิการรักษาให้ผู้รับบริการ และมีการทำ Business plan ใช้สถิติย้อนหลังอัตราการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์และจำนวนผู้ป่วย เพื่อให้มีครุภัณฑ์การแพทย์พร้อมใช้งาน

### การวางแผนในการจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

พบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 5 คน ร้อยละ 31.25 มีมุมมองว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลพิจารณาความเหมาะสมในการลงทุนตามแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล และรองลงมา จำนวน 3 คน ร้อยละ 18.75 มีมุมมองว่า พิจารณาความจำเป็นตามหลักวิชาการและคุ้มค่าคุ้มทุน เพื่อเพิ่มศักยภาพ ทดแทน เพิ่มจำนวน และจัดลำดับความสำคัญในการจัดสรรงบประมาณแผนลงทุนครุภัณฑ์การแพทย์ก่อน 0.5-1 ปี





### หลักเกณฑ์การพิจารณาจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

พบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 6 คน ร้อยละ 37.50 มีมุมมองว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลพิจารณาจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงต้องสนับสนุนและสอดคล้องกับศักยภาพความเชี่ยวชาญ และเข็มมุ่งของโรงพยาบาล รองลงมาจำนวน 3 คน ร้อยละ 18.75 มีมุมมองว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลพิจารณาเหตุผลความต้องการ จำนวนที่มีอยู่ และอายุการใช้งานที่เคยได้รับครุภัณฑ์การแพทย์ปริมาณงานที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการและผลประโยชน์แก่ผู้รับบริการในจังหวัดที่คาดว่าจะได้รับ และจำนวน 2 คน ร้อยละ 12.50 มีมุมมองว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลพิจารณามิติอื่นๆ ตาม BSC ร่วมด้วยเพื่อความยั่งยืน

### ประโยชน์ความคุ้มค่าจากครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

พบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 7 คน ร้อยละ 43.75 มีมุมมองว่า ครุภัณฑ์การแพทย์มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีปริมาณมากและปลอดภัย ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ต้องรอคิวนานและไม่ต้องเดินทางไปรักษาที่อื่น และรองลงมาจำนวน 4 คน ร้อยละ 25 มีมุมมองว่า ครุภัณฑ์การแพทย์มีความคุ้มค่าทำให้ค่า CMI และ SumAdjRW เพิ่มขึ้น

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงตามมุมมองของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาล

ผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุ 40-50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.4 มีอายุเฉลี่ย 48.5 ปี มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 53.3 มีระดับตำแหน่งแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 60.0 มีประสบการณ์การทำงานโรงพยาบาลลำปาง น้อยกว่า 15 ปี และ 21-30 ปี เท่ากัน ร้อยละ 33.3 มีประสบการณ์การทำงานโรงพยาบาลลำปางเฉลี่ย 7.19 ปี

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงในมุมมองของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาล พบระดับการปฏิบัติ 6 ด้าน สรุปโดยรวมและรายด้าน ได้ดังนี้

### ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาล จำแนกตามระดับการปฏิบัติ 6 ด้าน

ปัจจัยที่ส่งผล	ระดับการปฏิบัติ		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
<b>ด้านการวางแผน</b>			
1. หน่วยงานของท่านมีการวิเคราะห์ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลในการวางแผนการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง	4.27	0.96	มากที่สุด
2. หน่วยงานของท่านมีการศึกษาข้อมูลบ่งชี้ในการใช้งานตามเกณฑ์มาตรฐานการรักษาที่กำหนดก่อนการวางแผนจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง	4.60	0.63	มากที่สุด
3. หน่วยงานของท่านมีการวางแผนพัฒนาองค์ความรู้บุคลากรเฉพาะด้านหรือเฉพาะทางในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง	4.53	0.92	มากที่สุด
4. หน่วยงานของท่านมีการจัดเตรียมสถานที่ที่พร้อมต่อการใช้งานครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง	4.73	0.59	มากที่สุด
5. หน่วยงานของท่านพิจารณาถึงสถานะทางการเงินประกอบการวางแผนการจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง	4.73	0.46	มากที่สุด
รวม	4.57	0.71	มากที่สุด
<b>ด้านดำเนินการตามแผน</b>			
1. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงสามารถใช้ในการตรวจรักษา และสามารถกำหนดความรุนแรงของโรคได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ	5.00	0.00	มากที่สุด
2. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงมีความปลอดภัยต่อผู้ใช้งาน	4.80	0.41	มากที่สุด
3. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	4.80	0.41	มากที่สุด
4. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงสามารถใช้ได้สะดวก รวดเร็ว	4.73	0.59	มากที่สุด
5. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงสอดคล้องกับแผนความต้องการครุภัณฑ์ของหน่วยงาน	5.00	0.00	มากที่สุด
รวม	4.87	0.28	มากที่สุด



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาล จำแนกตามระดับการปฏิบัติ 6 ด้าน (ต่อ)

ปัจจัยที่ส่งผล	ระดับการปฏิบัติ			
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	
<u>ด้านการตรวจสอบ</u>				
1. หน่วยงานของท่านมีการตรวจสอบก่อน-หลังการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง	4.53	0.83	มากที่สุด	
2. หน่วยงานของท่านมีการติดต่อประสานดำเนินการตรวจเช็ค/ซ่อมบำรุงเครื่องมือตามระยะเวลาที่รับประกันจากบริษัทผู้จัดจำหน่าย	4.67	0.62	มากที่สุด	
3. หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการตรวจเช็ค/ซ่อมบำรุงเครื่องมือ โดยบุคลากรที่ผ่านการรับรองจากบริษัทผู้ผลิต	4.67	0.62	มากที่สุด	
4. หน่วยงานของท่านมีการดำเนินการเปลี่ยนอะไหล่ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง เมื่อถึงระยะเวลาที่กำหนด	4.33	0.82	มากที่สุด	
5. หน่วยงานของท่านมีระบบการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพบุคลากรจากการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง	4.53	1.51	มากที่สุด	
รวม	4.35	0.88	มากที่สุด	
<u>ด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง</u>				
1. หน่วยงานของท่านมีการปรับปรุงข้อบ่งชี้การใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงตามมาตรฐานการรักษาให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง	4.27	0.80	มากที่สุด	
2. หน่วยงานของท่านมีการจัดเก็บข้อมูลปริมาณการใช้งานของครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงกับผู้ป่วยเพื่อปรับแผนการใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง	4.40	0.83	มากที่สุด	
3. หน่วยงานของท่านมีการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง	4.13	0.83	มาก	
4. หน่วยงานของท่านมีการปรับปรุงคุณภาพของครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงอย่างต่อเนื่อง	4.07	1.16	มาก	
5. หน่วยงานของท่านมีการประสานบริษัทผู้จัดจำหน่ายเพิ่มความสามารถ (อัปเดต) ของเครื่องมือ ความทันสมัย เทคโนโลยีใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง	4.20	1.21	มาก	
รวม	4.21	0.97	มากที่สุด	
<u>ด้านประสิทธิภาพ</u>				
1. ต้นทุนการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงต่อครั้งในการตรวจรักษามีความเหมาะสม	4.67	0.62	มากที่สุด	
2. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงในหน่วยงานของท่านมีความพร้อมในการให้บริการ	4.73	0.59	มากที่สุด	
3. จำนวนครุภัณฑ์การแพทย์ในหน่วยงานมีความสอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการ	4.00	0.53	มาก	
4. ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงในบริการตรวจรักษาได้ง่าย	4.20	0.68	มาก	
5. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงสามารถใช้ได้ครอบคลุมในจังหวัดและเขตสุขภาพ	4.27	0.80	มากที่สุด	
รวม	4.37	0.64	มากที่สุด	
<u>ด้านประสิทธิผล</u>				
1. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงที่ใช้อยู่มีคุณภาพด้านการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย	4.67	0.49	มากที่สุด	
2. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงที่ใช้อยู่สามารถรองรับการให้บริการผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลร่วมกับกลุ่มงานอื่นๆ	4.00	1.25	มาก	
3. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงที่ใช้อยู่มีประโยชน์ในทางสังคม เช่น ลดความเสี่ยง ต่อชีวิต และทรัพย์สินในพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่เสี่ยง	4.00	1.31	มาก	
4. ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงที่ใช้อยู่สามารถลดการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ	4.27	1.39	มากที่สุด	



5. ทัศนคติการแพทย์ราคาแพงที่ใช้อยู่สามารถลดระยะเวลาการคอยของผู้รับบริการในจังหวัดและเขตสุขภาพ ลดการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ	4.33	1.23	มากที่สุด
รวม	4.25	1.13	มากที่สุด
ภาพรวม	4.44	0.77	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ใช้ทัศนคติการแพทย์ราคาแพง ภาพรวมบ่งชี้มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.44$ ,  $SD=0.77$ ) ด้านการวางแผนมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.57$ ,  $SD=0.71$ ) ด้านดำเนินการตามแผนมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.87$ ,  $SD=0.28$ ) ด้านการตรวจสอบมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.35$ ,  $SD=0.88$ ) ด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.21$ ,  $SD=0.97$ ) ด้านประสิทธิภาพมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.37$ ,  $SD=0.64$ ) และด้านประสิทธิผลมีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.25$ ,  $SD=1.13$ )

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ใช้ทัศนคติการแพทย์ราคาแพงมีระดับความพึงพอใจ

รายการ	ความพึงพอใจ		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการใช้งานทัศนคติการแพทย์ราคาแพง	4.73	0.46	มากที่สุด
2. ความสะดวกต่อการใช้งานทัศนคติการแพทย์ราคาแพง	4.67	0.62	มากที่สุด
3. ความถูกต้องของผลลัพธ์/รายงานที่ได้จากทัศนคติการแพทย์ราคาแพง	4.73	0.46	มากที่สุด
4. ผลลัพธ์/รายงานที่ได้จากทัศนคติการแพทย์ราคาแพงตรงกับความต้องการ	4.60	0.51	มากที่สุด
5. ผลลัพธ์/รายงานที่ได้จากทัศนคติการแพทย์ราคาแพงนำไปใช้ได้ทันต่อความต้องการ	4.67	0.49	มากที่สุด
6. ความปลอดภัยในการใช้ทัศนคติการแพทย์ราคาแพง	4.73	0.46	มากที่สุด
7. ทัศนคติการแพทย์ราคาแพงช่วยลดขั้นตอนในการทำงาน	4.60	0.51	มากที่สุด
8. ความเหมาะสมของสถานที่ในการติดตั้งทัศนคติการแพทย์ราคาแพง	4.73	0.46	มากที่สุด
รวม	4.68	0.49	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจของผู้ใช้ทัศนคติการแพทย์ราคาแพง ภาพรวมมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.68$ ,  $SD=0.49$ ) เมื่อแยกรายข้อ พบว่า ความพึงพอใจในความน่าเชื่อถือของข้อมูล ในความถูกต้องของผลลัพธ์/รายงานที่ได้จากทัศนคติการแพทย์ราคาแพง ในความปลอดภัยที่ได้จากการใช้งาน และในความเหมาะสมของสถานที่ในการติดตั้งทัศนคติการแพทย์ราคาแพง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.73$ ,  $SD=0.46$ )

## อภิปรายผล

1) ประสิทธิภาพและมุมมองของผู้บริหารต่อทัศนคติการแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลลำปาง

1.1 ด้านสถานที่ ทักษะบุคลากร ผู้รับบริการ

**ด้านสถานที่ :** ผู้บริหารให้ความสำคัญในการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ พิจารณาใช้ข้อมูลการสำรวจและการวางแผนเตรียมสถานที่ติดตั้งในด้านโครงสร้าง ด้านที่เกี่ยวข้องตามห่วงโซ่อุปทานที่สอดคล้องกัน การวางแผนความพร้อมของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบไฟฟ้า ระบบ internet ผลกระทบต่อพื้นที่รอบข้าง ฯลฯ ก่อนการตัดสินใจในการลงทุน พิจารณาผลกระทบ พิจารณาความคุ้มค่าในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiaoyi Chang et al.<sup>5</sup> โรงพยาบาลจำเป็นต้องสร้างหรือปรับปรุงระบบการจัดการต่างๆ วางแผนกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับเมื่อนำเครื่องมือแพทย์ไปใช้งาน ยังสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภททัศนคติการแพทย์ราคาแพง : การทบทวนองค์ความรู้ระดับนโยบายของจิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์ และชาญวิทย์ ทะเทพ จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่มีมาตรการแรกสุด คือ ต้องประเมินความต้องการ ประเมินความพร้อมในด้านโครงสร้างที่จะรองรับการใช้ประโยชน์ปฏิบัติก่อนที่จะนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนันทยา หมดยุโส๊ะ และ

กานต์พิชชา ฤทธิพฤกษ์<sup>๗</sup> ที่ผู้บริหารให้ความสำคัญมากในช่วงการจัดทำงานประมาณ มีการสำรวจความต้องการในการจัดตั้งรายการครุภัณฑ์และมีการจัดลำดับความสำคัญของครุภัณฑ์ในการจัดหา

**ทักษะบุคลากร :** ผู้บริหารมีการวางแผนพัฒนาทักษะบุคลากร ทั้งแพทย์พยาบาล และผู้ที่เกี่ยวข้อง วางแผนส่งฝึกทักษะในโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือก่อนที่เครื่องมือจะจัดซื้อสำเร็จ เพื่อเตรียมพร้อมรองรับในการใช้งานคุ้มค่า เพื่อจะได้ใช้ประโยชน์ของครุภัณฑ์ที่มีเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้น รวมทั้งทำเป็นข้อตกลงให้ทางบริษัทผู้ขายนำครุภัณฑ์ที่ต้องการมาทดลองใช้งานสาธิตวิธีการใช้งาน และฝึกอบรมบุคลากรหลังจากได้ครุภัณฑ์ ให้บุคลากรสามารถใช้งาน และค้นหาสาเหตุเพื่อแก้ปัญหาเบื้องต้นได้ถ้าเครื่องมือมีปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiaoyi Chang et al.<sup>๕</sup> ผู้บริหารโรงพยาบาลควรจัดตั้งทีมบริหารหรือบุคลากรที่เหมาะสมก่อนเพื่อจัดการเครื่องมือแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

**ผู้รับบริการ :** ผู้บริหารให้หน่วยงานจัดทำ Business plan ใช้สถิติย้อนหลังอัตราการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์และจำนวนผู้ป่วย เพื่อประเมินความคุ้มค่า ความพอเพียง และความต้องการ การวางระบบการเข้าถึงครุภัณฑ์การแพทย์ของผู้รับบริการทั้งจังหวัด ต้องมีแผนประชาสัมพันธ์ตั้งแต่ภายในโรงพยาบาล ภายนอกโรงพยาบาลสร้างการตระหนักรู้ และวินยตามสิทธิการรักษาให้ผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการกระจายเครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทยของวงเดือน จินดาวัฒน์ และคณะ<sup>๘</sup> พบว่า มีการกระจุกตัวอยู่ในสถานพยาบาลภาคเอกชน การเพิ่มจำนวนเครื่องมือแพทย์ราคาแพงจะสัมพันธ์กับการเติบโตทางเศรษฐกิจ และลดลงเมื่อเกิดภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ การใช้ประโยชน์จากเครื่องมือราคาแพงยังไม่เต็มประสิทธิภาพและเหมาะสม ควรคำนึงถึงบริการด้วยเครื่องมือแพทย์ราคาแพงสำหรับประชาชนทุกคนที่จำเป็นและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ที่สมควร เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ และผู้บริหารเน้นความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการโดยไม่มีการบำรุงรักษาครุภัณฑ์ตามแผน โดยไม่ให้เกิดการเลื่อนนัดเนื่องจากครุภัณฑ์การแพทย์ชำรุดไม่พร้อมใช้งาน หรือครุภัณฑ์การแพทย์ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความคุ้มค่าของเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่ตามทฤษฎีต้นทุนวงจรชีวิตของ Xiaoyi Chang et al.<sup>๕</sup> พบว่า การใช้ประโยชน์จากเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่ ขาดการควบคุมคุณภาพและการบำรุงรักษาเชิงป้องกันของอุปกรณ์ส่วนใหญ่ในระหว่างการใช้งาน มีค่าใช้จ่ายในการรับประกันของโรงพยาบาลที่สูงเกินไป สะท้อนถึงการบำรุงรักษาของช่างเทคนิควิศวกรรมของโรงพยาบาลมีน้อย จุดพื้นฐานของการบำรุงรักษาและการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ขนาดใหญ่คือ การเสริมสร้างการประเมินสมรรถนะของช่างเทคนิคด้านวิศวกรรมทางการแพทย์

## 1.2 การวางแผนการจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นคณะกรรมการงบลงทุน คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ มีส่วนร่วมพิจารณาความเหมาะสมในการลงทุนตามแผนยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล มีระยะเวลาวางแผนการจัดหาครุภัณฑ์การแพทย์ก่อน 0.5-1 ปี ร่วมพิจารณาความจำเป็นในการจัดสรรงบประมาณ การอนุมัติแผนลงทุนครุภัณฑ์การแพทย์ตามหลักวิชาการ และคุ้มค่าคุ้มทุน เพื่อเพิ่มศักยภาพ เพื่อทดแทน เพื่อเพิ่มจำนวน และจัดลำดับความสำคัญความต้องการครุภัณฑ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรางค์พิมล ดันติสุขารมย์<sup>๖</sup> ผู้บริหารจะมีการวางแผนการจัดหาครุภัณฑ์ของหน่วยงานแบบใช้คณะกรรมการหน่วยงานเพื่อหารือร่วมกันในการจัดทำแผนการจัดหาครุภัณฑ์ทดแทนจัดหาครุภัณฑ์เพิ่มเติมที่ทันสมัย รองรับระบบปฏิบัติการใหม่ ๆ ได้

## 1.3 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

หลักเกณฑ์ที่ใช้ต้องสนับสนุนและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ ศักยภาพความเชี่ยวชาญ พันธกิจและเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ต้องให้เหตุผลความต้องการ จำนวนที่มีอยู่ และอายุการใช้งานที่เคยได้รับครุภัณฑ์การแพทย์ ปริมาณงานที่ตอบสนองต่อผู้รับบริการและผลประโยชน์แก่ผู้รับบริการในจังหวัดที่คาดว่าจะได้รับ และต้องพิจารณามิติอื่นๆ ตาม BSC ร่วมด้วยเพื่อความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการกระจายเครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทยของวงเดือน จินดาวัฒน์ และคณะ<sup>๘</sup> ได้เสนอแนะเชิงนโยบายควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลจำนวนเครื่องมือแพทย์ และปริมาณการใช้บริการของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการพัฒนานโยบายการวางแผน การจัดสรรให้เหมาะสมกับปัญหาเพื่อกระจายและการใช้อย่างเหมาะสม

## 1.4 ประโยชน์ความคุ้มค่าจากครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง

ผู้บริหารพิจารณาความคุ้มค่าครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงที่ได้รับมาตามแผนและประโยชน์ต่อผู้ป่วย และใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า เช่น ครุภัณฑ์ที่ได้รับมีอายุการใช้งานเกิน 10 ปี เนื่องจากมีการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่อง ความคุ้มค่าถ้าได้ช่วยชีวิตผู้ป่วย ความคุ้มค่าตามปริมาณงานและจำนวนผู้รับบริการที่ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ในแต่ละเครื่อง ความคุ้มค่าดูได้จากค่า CMI และ

SumAdjRW และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ต้องรอคิวและเดินทางไปรักษาที่อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการกระจายเครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทยของวงเดือน จินดาวงษ์ และคณะ<sup>๖</sup> พบว่า ความคุ้มค่าในระยะสั้นสำหรับเครื่องมือแพทย์ เมื่อใช้กลไกการตลาดเพื่อเพิ่มจำนวนบริการ ทำให้เกิดข้อกีดขวางทางด้านการจริยธรรมทางการแพทย์ และเพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยไม่จำเป็น และยังพบว่าผู้ที่มีรายได้น้อยและไม่มีหลักประกันสุขภาพเข้าถึงเครื่องมือราคาแพงได้น้อยกว่าผู้ที่มีรายได้สูงและมีหลักประกันสุขภาพ

2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงในมุมมองของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงของโรงพยาบาลระดับการปฏิบัติ 6 ด้าน

### 2.1 การปฏิบัติด้านการวางแผน

การปฏิบัติด้านการวางแผนมีการปฏิบัติในการจัดเตรียมสถานที่ที่พร้อมต่อการใช้งานครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.73$ ,  $SD=0.59$ ) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ราคาแพง : การทบทวนองค์ความรู้ระดับนโยบายของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และชาญวิทย์ ทะเทพ<sup>๖</sup> จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่มีมาตรการแรกสุด คือ ต้องประเมินความต้องการ ประเมินความพร้อมในด้านโครงสร้างที่จะรองรับการใช้ประโยชน์ปฏิบัติก่อนที่จะนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้

### 2.2 การปฏิบัติด้านดำเนินการตามแผน

การปฏิบัติด้านดำเนินการตามแผนมีการปฏิบัติในครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงสามารถใช้ในการตรวจรักษา และสามารถกำหนดความรุนแรงของโรคได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และสอดคล้องกับแผนความต้องการครุภัณฑ์ของหน่วยงาน อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=5.00$ ,  $SD=0.00$ ) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ราคาแพง : การทบทวนองค์ความรู้ระดับนโยบายของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และชาญวิทย์ ทะเทพ<sup>๖</sup> จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่การจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ในมาตรการต่อการใช้เทคโนโลยี (Use) เป็นมาตรการที่มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีในการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาคณเฑาะเพื่อให้ใช้เทคโนโลยีเป็นไปอย่างเหมาะสมที่สุด ไม่ใช่เทคโนโลยีมากเกินไปหรือน้อยเกินไป

### 2.3 การปฏิบัติด้านการตรวจสอบ

การปฏิบัติด้านการตรวจสอบมีการปฏิบัติในการติดต่อบริษัทดำเนินการตรวจเช็ค/ซ่อมบำรุงเครื่องมือตามระยะเวลา รับประกันจากบริษัทผู้จัดจำหน่าย และมีการปฏิบัติในการตรวจเช็ค/ซ่อมบำรุงเครื่องมือโดยบุคลากรที่ผ่านการรับรองจากบริษัทผู้ผลิต อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.67$ ,  $SD=0.62$ ) สอดคล้องกับการศึกษาความคุ้มค่าของเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่ตามทฤษฎีต้นทุนวงจรชีวิตของ Xiaoyi Chang et al.<sup>5</sup> พบว่า การใช้ประโยชน์จากเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่ ขาดการควบคุมคุณภาพและการบำรุงรักษาเชิงป้องกันของอุปกรณ์ส่วนใหญ่ในระหว่างการใช้งาน มีค่าใช้จ่ายในการรับประกันของโรงพยาบาลที่สูงเกินไป สะท้อนถึงการบำรุงรักษาของช่างเทคนิควิศวกรรมของโรงพยาบาลมีน้อย จุดพื้นฐานของการบำรุงรักษาและการจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ขนาดใหญ่คือ การเสริมสร้างการประเมินสมรรถนะของช่างเทคนิคด้านวิศวกรรมการแพทย์

### 2.4 การปฏิบัติด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

การปฏิบัติด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องมีการปฏิบัติในการจัดเก็บข้อมูลปริมาณการใช้งานของครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงกับผู้ป่วยเพื่อปรับแผนการใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.40$ ,  $SD=0.83$ ) สอดคล้องกับการศึกษาความคุ้มค่าของเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่ตามทฤษฎีต้นทุนวงจรชีวิตของ Xiaoyi Chang et al.<sup>5</sup> พบว่า โรงพยาบาลจำเป็นต้องสร้างและปรับปรุงระบบการจัดการต่าง ๆ ส่งเสริมวิธีการจัดการตามความรับผิดชอบ วางแผนกระบวนการอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างไฟล์พิเศษสำหรับเครื่องมือแพทย์ และบันทึกขั้นตอนการดำเนินงานโรงพยาบาลจำเป็นต้องนำระบบข้อมูลการจัดการเครื่องมือแพทย์มาใช้ตลอดอายุการใช้งาน การประเมินความเป็นไปได้จะดำเนินการทันทีหลังจากการซื้อเครื่องมือแพทย์ ในกระบวนการของการดำเนินงานและการจัดการเครื่องมือแพทย์ การตรวจสอบตามเวลาจริงควรได้รับการเสริมความแข็งแกร่ง จำเป็นต้องมีการสร้างแพลตฟอร์มการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน และควรมีการจัดการที่เหมาะสมสำหรับการใช้เครื่องมือแพทย์

### 2.5 การปฏิบัติด้านประสิทธิภาพ

การปฏิบัติด้านประสิทธิภาพหน่วยงานมีความพร้อมในการให้บริการโดยครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.73$ ,  $SD=0.59$ ) รองลงมามีต้นทุนการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงต่อครั้งในการตรวจรักษาที่มีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด



( $\bar{X}=4.67$ ,  $SD=0.62$ ) สอดคล้องกับการศึกษาความคุ้มค่าของเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่ตามทฤษฎีต้นทุนวงจรชีวิตของ Xiaoyi Chang et al.<sup>5</sup> พบว่า ควรมีการจัดทำที่เหมาะสมสำหรับการใช้เครื่องมือแพทย์ หลังจากปลดระหว่างเครื่องมือแพทย์แล้วควรทำการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อเป็นพื้นฐานมีวัตถุประสงค์สำหรับการซื้อเครื่องมือแพทย์ในอนาคต และการตรวจสอบเครื่องมือแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2.6 การปฏิบัติด้านประสิทธิผล

การปฏิบัติด้านประสิทธิผลมีการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยมีคุณภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.67$ ,  $SD=0.49$ ) รองลงมาได้มีการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงลดระยะเวลาการคอยของผู้รับบริการในจังหวัดและเขตสุขภาพ ลดการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X}=4.33$ ,  $SD=1.23$ ) สอดคล้องกับการศึกษาการกระจายเครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทยของวงเวียน จินตวิวัฒน์ และคณะ<sup>๖</sup> พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลจำนวนเครื่องมือแพทย์และปริมาณการใช้บริการของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการพัฒนานโยบายการวางแผน การจัดสรรให้เหมาะสมกับปัญหา ควรปรับปรุงกฎหมายควบคุมเครื่องมือแพทย์ให้แก้ปัญหาเชิงรุกในภาพรวมของประเทศเพื่อกระจายและการใช้อย่างเหมาะสม ควรปฏิรูประบบสุขภาพให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนคนไทย ควรคำนึงถึงบริการด้วยเครื่องมือแพทย์ราคาแพงสำหรับประชาชนทุกคนที่จำเป็นและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามข้อบ่งชี้ที่สมควร เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

## สรุป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า

- 1) ประสพการณ์และมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง ให้ความสำคัญในการวางแผนก่อนการลงทุน ได้แก่ การเตรียมสถานที่ติดตั้ง โครงสร้าง ความพร้อมของระบบต่าง ๆ และการจัดทำ Business plan ในการวางแผนการพัฒนาทักษะบุคลากร ทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องกับการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ ในการประเมินความคุ้มค่าและการเข้าถึงการใช้ประโยชน์ของผู้รับบริการทั้งจังหวัด
- 2) ปัจจัยการปฏิบัติของผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ที่ส่งผลต่อความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพง ให้ความสำคัญมากที่สุด ในเรื่องโรงพยาบาลมีการจัดเตรียมสถานที่ และพิจารณาสถานะทางการเงินประกอบการวางแผน ครุภัณฑ์การแพทย์สามารถใช้ตรวจรักษากำหนดความรุนแรงของโรคได้ถูกต้องแม่นยำมีความสอดคล้องกับแผนความต้องการครุภัณฑ์ของหน่วยงาน โรงพยาบาลมีการตรวจเช็ค/ซ่อมบำรุงตามระยะเวลาประกัน และโดยบุคลากรผ่านการรับรองจากบริษัทผู้ผลิต และครุภัณฑ์การแพทย์ที่ใช้มีคุณภาพด้านการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีประโยชน์ ต่อผู้บริหารโรงพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ในการบริหารจัดการ การบริหารงบประมาณก่อนการลงทุนครุภัณฑ์การแพทย์ราคาแพงในอนาคต และต่อผู้ใช้ครุภัณฑ์การแพทย์ ใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานรวบรวมข้อมูลนำเสนอต่อผู้บริหารประกอบการตัดสินใจ เพื่อขอครุภัณฑ์การแพทย์ทดแทนหรือขยายบริการต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ โสภณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ และนายแพทย์วรเชษฐ เต๋ชะรัก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง ที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยนี้





## เอกสารอ้างอิง

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มานวิภา อินทรทัต. ตัวชี้วัดหลักความคุ้มค่า. สถาบันพระปกเกล้า. 2 กันยายน 2565. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ccs2.go.th/web/ebook/kpiebook05.pdf>
2. งานศูนย์ข้อมูลและสถิติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศทางการแพทย์. รายงานประจำปีโรงพยาบาลลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ.2565.
3. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง. ประกาศนโยบาย LAMPANG Model. 2562.
4. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ระบบสถิติทางการทะเบียน. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
5. Xiaoyi Chang, Yongqiang Zhao, Yuebin Li, Ting Bai, Jungang Gao & Chao Zhao. (2565). Research Article : Cost-Effectiveness of Life Cycle Cost Theory-Based Large Medical Equipment. Hindawi Applied Bionics and Biomechanics Volume 2022, Article ID 8045401. Available from: <https://doi.org/10.1155/2022/8045401>.
6. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และชาญวิทย์ ทระเทพ. การจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ราคาแพง : การทบทวนองค์ความรู้ระดับนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2542. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1498>
7. วนันยา หมัดยู่ใสและกานต์พิชชา ฤทธิพิทักษ์. การวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์ของคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารวิทยบริการ ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2553. หน้า 129-143.
8. วงเดือน จินดาวงษ์ ปิยะ หาญวรวัชชัย และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย: การกระจาย การใช้ และการเข้าถึงบริการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2544. หน้า 242-251.
9. สุรางค์พิมล ตันติสุขารมย์. การวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน กรณีศึกษา สำนักงานเลขานุการกรม กรมควบคุมโรค.2565.[อินเทอร์เน็ต].เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/Final%20วิเคราะห์ความคุ้มค่าในการใช้ครุภัณฑ์.pdf>



## Nursing for infection prevention and control in pulmonary tuberculosis patients undergoing surgery : A case study

Tussanee Nuankum, M.N.S.\*

### Abstract

**Introduction :** Pulmonary tuberculosis is a chronic infectious disease. It is spread by breathing in TB germs into the lungs from coughing sneezing or being around sick people for a long time. Patients with disseminated pulmonary tuberculosis must receive treatment immediately. In the case of being admitted to the hospital, the patient must stay in a negative pressure isolation room.

**Objective :** To provide guidelines for nursing patients with disseminated pulmonary tuberculosis who have undergone surgery.

**Case study :** The patient is a foreign male, aged 19 years, working as a contract worker in Myanmar. Sent from a private hospital in the area. The treating doctor suspected hollow viscus organ perforation and R/O TB. Treatment of patients at Mae Sot Hospital. In the ER department, urgent surgery is planned according to the patient's NPO time at 10:00 p.m. while waiting for the surgery time to admit the patient to the negative pressure isolation room of the surgical ward. The patient had surgery for 1.30 hours. The surgical wound was classified as a dirty wound (class 4). Blood loss during surgery was approximately 200 cc. The surgical wound was sewn with stapler on Jackson drain. The results of the acid-fast bacillus (AFB) staining of sputum at first admission were 3+. After 7 days of surgery, the patient received treatment with tuberculosis medicine. On the 8th day after surgery, the wound was oozing like pus. The treating doctor took off the stapler and opened the wound. The important nursing problem is 1) There is a chance of complications after surgery. 2) There is an infection at the surgical wound site. 3) There is a chance of spreading pulmonary tuberculosis infection. 4) The caregiver is concerned about the patient's illness. The result was that the patient was safe from surgery and simultaneously received treatment for pulmonary tuberculosis. During the treatment, stay in the negative pressure isolation room until the infection has passed and the infection at the surgical site has disappeared. Able to discharge patients from the hospital He was included in the hospital for 36 days.

**Summary of the results of the case study :** A patient with disseminated pulmonary tuberculosis undergoes surgery to treat intestinal perforation. and received treatment for pulmonary tuberculosis until the infection spread was over. The patient has an infection at the surgical site. Nurses, in addition to having knowledge in nursing surgical patients, must also have knowledge in preventing the spread of pulmonary tuberculosis infection. From this case study, it can be used as a guideline for nursing patients with tuberculosis who have undergone surgery.

**Keywords :** Tuberculosis, Intestinal perforation, Nursing care for tuberculosis patients during the spread of infection

\*Registered nurse, Professional Level, Infection Prevention and Control Department, Maesot Hospital

## การพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่ได้รับการผ่าตัด : กรณีศึกษา

ทัศนีย์ นวลคำ, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ติดต่อกับการหายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าสู่ปอดจากการไอ จามหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน ผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อต้องได้รับการรักษาทันที กรณีรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในห้องแยกความดันลบ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อที่ได้รับการผ่าตัด

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายชาวต่างชาติ อายุ 19 ปี อาชีพรับจ้างทำงานฝั่งประเทศเมียนมา ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในพื้นที่ โดยแพทย์ผู้รักษาสงสัยภาวะ hollow viscus organ perforation และ R/O TB การรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลแม่สอด ในแผนก ER มีการวางแผนผ่าตัดแบบเร่งด่วนตาม NPO time ของผู้ป่วยได้ในเวลา 22.00 น. ระหว่างรอเวลาผ่าตัดผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องแยกความดันลบของหอผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนาน 1.30 ชั่วโมงแผลผ่าตัดจัดเป็นแผลสกปรก (class 4) เสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 200 ซีซี แผลผ่าตัดเย็บ stapler on Jackson drain ไว้ ผลตรวจเสมหะแบบย้อมสีทึบกรด (Acid-Fast Bacillus: AFB) แร่รับพบ 3+ หลังการผ่าตัด 7 วันผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรค ในวันที่ 8 หลังการผ่าตัดแผลซึมคล้ายหนองแพทย์ผู้รักษาให้ off stapler และแหวกแผล ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 2) มีการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด 3) มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด และ 4) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วย ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและได้รับการรักษาวัณโรคปอดควบคู่กันไป ระหว่างการรักษาเข้าพักรักษาตัวในห้องแยกความดันลบจนพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อและหายจากการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ รวมอยู่ในโรงพยาบาลนาน 36 วัน

**สรุปผลกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะลำไส้ทะลุ และได้รับการรักษาวัณโรคปอดจนพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด ดังนั้น พยาบาลนอกจากการมีความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแล้วยังต้องมีความรู้ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด จากกรณีศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการผ่าตัดได้

**คำสำคัญ :** วัณโรค ภาวะลำไส้ทะลุ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่กระจายเชื้อ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลแม่สอด

## บทนำ

วัณโรคปอด (Tuberculosis : TB) เป็นโรคติดต่อสำคัญ แพร่กระจายทางอากาศเชื้อจะออกมา เมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด สามารถลอยอยู่ในอากาศได้นานหลายชั่วโมง<sup>1</sup> จากรายงานองค์การอนามัยโลกคาดว่าทั่วโลกในปี 2565 จะมีอุบัติการณ์วัณโรค 133 ต่อประชากรแสนคน หรือ 10.6 ล้านคนและประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์วัณโรค 155 ต่อแสนคนหรือจำนวน 111,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 14,000 ราย และในปี 2566 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคจำนวน 78,955 ราย<sup>2</sup> อำเภอแม่สอดพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในปี 2566-2567 จำนวน 285 และ 238 รายตามลำดับ<sup>3</sup> จากจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มากขึ้นทำให้พื้นที่อำเภอแม่สอดเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

ลำไส้ทะลุเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิต การรักษาที่รวดเร็วเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต คือ การผ่าตัดเพื่อปิดรอยรั่วของลำไส้ การผ่าตัดดังกล่าวจัดเป็นแผลผ่าตัดสกปรก (dirty wound) เนื่องจากการผ่าตัดช่องท้องกรณีอวัยวะทะลุ ซึ่งมีเชื้อประจำถิ่น หัตถการนี้ต้องติดตามเพื่อประเมินการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด นาน 30 วัน<sup>4</sup> ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้น คือ การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่น สภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ปัจจัยด้านเชื้อก่อโรคร่วมใหญ่เป็นเชื้อจุลินทรีย์ในร่างกายผู้ป่วยและเชื้อจุลินทรีย์ในลำไส้ของผู้ป่วยและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม<sup>5</sup>

การผ่าตัดในผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดได้ เนื่องจากการผ่าตัดมีการใส่ท่อช่วยหายใจทำให้เกิดการฟุ้งกระจายทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลมีความสำคัญ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมีหน้าที่กำหนดแนวทางการปฏิบัติ นิเทศกำกับ การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อที่ได้รับการผ่าตัดทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

## กรณีศึกษา

ชายชาวต่างชาติ อายุ 19 ปี สัญชาติ จีน อาชีพรับจ้าง ทำงานในฝั่งประเทศเมียนมา

**อาการสำคัญ :** ปวดท้อง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

**ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน**

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้อง ไปรักษาที่สถานพยาบาลใกล้ที่ทำงานฝั่งประเทศเมียนมา อาการทุเลา

1 วันก่อนมามีอาการปวดท้องแน่นท้องมากขึ้น คลื่นไส้ อาการไม่ดีขึ้นจึงข้ามมาตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน ฝั่งประเทศไทยแพทย์ผู้รักษาสงสัยกระเพาะทะลุและวัณโรคปอดและจึงส่งตัวมารักษาในโรงพยาบาลแม่สอด

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต :** ปฏิเสธ

**การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ**

**รูปร่างทั่วไป :** รูปร่างผอม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร

**สัญญาณชีพ :** ความดันโลหิต 111/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส

**ระบบประสาท :** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

**ผิวหนัง :** ผิวขาวซีด

**ศีรษะและใบหน้า :** ศีรษะรูปทรงปกติ ใบหน้าสมมาตร มองเห็นได้ชัดเจน ใบหู จมูก ลักษณะปกติ

**ทรวงอกและทางเดินหายใจ :** ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24-30 ครั้ง/นาที breath sound ปอด 2 ข้างต่ำ

**หัวใจและหลอดเลือด :** อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจร 100 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ

**ช่องท้องและทางเดินอาหาร :** หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้อง

**กล้ามเนื้อและกระดูก :** ร่างกายปกติ

**ระบบทางเดินปัสสาวะ :** ผู้ป่วย retained foley's cath ปัสสาวะสีเหลือง



สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล นอนหลับไม่สบายเพียง พยายามสื่อสารเป็นภาษาจีน  
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	17/8/2567	18/4/2567	20/4/2567	23/4/2567	15/5/2567
<b>CBC</b>					
WBC	4,380	86,000	15,600	7,600	
HGB	7.9	10.6	11.4	9.5	
HCT	25	30.6	33.0	27.9	
Plt	242,000	207,000	148,000	193,000	
PT	17.9	15.40			
INR	1.54	1.41			
PTT	39.5	29.20			
<b>Chemistry</b>					
BUN	13.9	11.7	9.5	11.3	21.2
Crea	0.7	0.55	0.49	0.64	0.67
NA	135	137.8	135.8	130.0	132.3
K	2.8	3.57	3.01	4.15	5.12
Cl	101	104.8	99.5	100.3	96.6
CO <sub>2</sub>	25.3	19.4	27.0	22.2	22.6

รายการ	17/8/2567	23/4/2567	26/4/2567	29/4/2567	2/5/2567	5/5/2567	8/5/2567	15/5/2567
TBil	0.5	2.79	2.97	2.94	2.09	1.86	1.8	1.28
DBil	0.4	1.66	1.84	1.61	0.80	0.38	0.56	0.23
AST	577	95	100	123	53	52	33	55
ALT	157	35	40	54	47	38	28	27
ALP	141	99	208	504	488	430	310	314
TP	5.4	5.3	5.3	6.1	7.3	7.3	7.4	8.0
Alb	2.4	2.1	2.2	2.5	2.9	3.1	3.2	3.6

ผล LFT

ผลตรวจเสมหะ

- AFB stain Positive 3+ ทั้ง 3 ครั้ง (วันที่ 18-20/4/2567)
- TB PCR (X-pert) MTB Detected  
MTB Detect Medium  
RIF Resistant Not detected

สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 17 เมษายน 2567 เวลา 18.15 น. รับส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนด้วยหายใจเหนื่อย on O<sub>2</sub> cannula 3 LPM, on NG tube with bag no content, Retained foley's cath ปัสสาวะสีเหลือง ปวดท้องทั่วท้องแพทย์ set OR เวลา 22.00 น. Admit ห้องแยกความดันลบ (Airborne Infection Isolation Room: AIIR) ระหว่างรอผ่าตัด HCT 25% K 2.8 mmol/L ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยได้รับ PRC 1 units FFP 2 units เสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 200 ซีซี ผ่าตัดนาน 1.30 ชั่วโมง แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม เย็บ stapler on Jackson drain content สีแดง

วันที่ 18 เมษายน 2567 HCT 27% แพทย์ให้ PRC 1 unit และผล AFB positive 3+

วันที่ 21 เมษายน 2567 แพทย์เริ่มให้จิบน้ำเปล่า ท้องไม่อืด

วันที่ 22 เมษายน 2567 เริ่มให้รับประทานอาหารเหลว off NG tube, off Foley's cath ท้องไม่อืด

วันที่ 23 เมษายน 2567 เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อน และเริ่มรักษาด้วยยารักษาวินโรค Ethambutol  $1\frac{1}{2} \times 1$   
Oral PC, Levofloxacin 750 mg IV OD, Amikacin 750 mg IV OD

วันที่ 24 เมษายน 2567 แผลผ่าตัดหน้าท้องมีสารคัดหลั่งคล้ายหนองซึมแพทย์ให้ off stitch และແหวกแผล

วันที่ 29 เมษายน 2567 แผลดีขึ้น ย้ายไปแผนกอายุรกรรมปรับยารักษาวินโรค วางแผนรักษาตัวต่อที่บ้านแต่นายจ้างไม่พร้อม

วันที่ 23 พฤษภาคม 2567 นายจ้างรับกลับที่พัก รวมการรักษาตัวตั้งแต่วันที่ 17 เมษายน – 23 พฤษภาคม 2567 รวม 36 วัน มีนัดตรวจที่คลินิกวินโรค 11 มิถุนายน 2567 และนัดของศัลยกรรมวันที่ 12 มิถุนายน 2567

#### การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย hollow viscus organ perforation and R/O TB Set OR emergency
2. HCT 25%, HGB 7.9 g/dl., Potassium 2.8 mmol/L
3. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด pain score 10 คะแนน

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาก่อนการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผล HCT และ Potassium อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. pain score มีคะแนน < 5 คะแนน

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด และหลังผ่าตัด
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อทบทวนแนวทางการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด และแก้ไขปัญหของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด ได้แก่

##### 2.1 ภาวะซีด (HCT 25%, HGB 7.9 g/dl)

- (1) ดูแลให้ได้รับออกซิเจน Cannula 3 L/M และให้ระดับ Oxygen saturation อยู่ระหว่าง 95-100%
- (2) ยกหัวเตียงสูง 30-45 องศา
- (3) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด

- (4) ติดตามสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

- (5) ร่วมติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเตรียมเลือด ผลิตภัณฑ์ของเลือดสำหรับการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

##### 2.2 ภาวะ Hypokalemia (Potassium 2.8 mmol/L)

- (1) ประเมินภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง
- (2) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Acetar 1,000 cc. + KCL 60 mEq iv 100 cc/hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์
- (3) ติดตามผล serum potassium
- (4) Monitor EKG และประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง



(5) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Acetar 1,000 cc. + KCL 60 mEq iv 100 cc/hr. ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้า แน่นหน้าอก ชาปลายมือปลายเท้า

(6) รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วย BP < 90/60 mmHg, HR > 100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที, Urine < 30 cc./hr. serum potassium < 3.5 หรือ > 5.5 mmol/L

(7) ดูแลให้ Acetar 1,000 cc. + KCL 60 mEq iv 100 cc/hr. โดยใช้ Infusion pump และเฝ้าระวังการเกิด Extravasation/Phlebitis

### 2.3 ป้องกันการเกิด Extravasation/Phlebitis<sup>6</sup>

- (1) ยึดตรึงบริเวณสาย IV ให้เคลื่อนไหวน้อยที่สุด
- (2) เลือกบริเวณให้สารน้ำ โดยหลีกเลี่ยงบริเวณข้อต่อ ปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่เคลื่อนไหวบ่อย
- (3) หลีกเลี่ยงการใช้ catheter ที่มีขนาดใหญ่กว่าหลอดเลือดดำ
- (4) ประเมินบริเวณที่ให้สารน้ำทุก 1 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังการเกิด Extravasation/Phlebitis
- (5) ถอดเข็มออกทันทีและย้ายตำแหน่งใหม่เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวด
- (6) ถ้าเกิด Phlebitis ให้ประคบเย็นเพื่อลดอาการปวดเป็นเวลา 20 นาที แต่ถ้าเป็น Extravasation ถ้ามีอาการบวมให้ยกตำแหน่งนั้นสูง ถ้ามีอาการปวดให้ประคบเย็นเพื่อลดอาการปวด

### 2.4 ปวดแผลผ่าตัด

- (1) ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมง
- (2) ให้ยาแก้ปวด Morphine 5 mg iv ตามแผนการรักษาของแพทย์
- (3) ประเมินอาการข้างเคียงจากการได้รับยาแก้ปวด Morphine ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ผื่นคัน อัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลง
- (4) จัดทำนอนให้สุขสบายและยกไม้กั้นเตียงป้องกันผลตกหล่น
- (5) ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลในการทำกิจวัตรประจำวันและทำแผล

3. นิเทศติดตามการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเช่น การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อและการเกิด Extravasation/Phlebitis

### การประเมินผล

1. ผล HCT = 30.6% และ Potassium 3.57 mmol/L
2. pain score มีคะแนน 3 คะแนนหลังจากได้รับยาแก้ปวด ไม่มีอาการผิดปกติระหว่างได้รับยา
4. ไม่เกิด Extravasation/Phlebitis บริเวณให้สารน้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วย sputum AFB 3+, ก่อนการผ่าตัด HCT 25%, Alb 2.4 mg/dl
2. แผลผ่าตัดจัดเป็นแผลสกปรก (class 4) Operations time 1.30 ชม.
3. หลังผ่าตัด day 8 แผลซึมคล้ายหนอง แพทย์ให้แผล

### วัตถุประสงค์

แผลผ่าตัดหายจากการติดเชื้อ

### เกณฑ์การประเมินผล

1. HCT อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน

## กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลป้องกันการติดเชื้อ (ICN) แพทย์ ID และร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด
2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัจจัย และทบทวนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด
3. เป็นที่ปรึกษาให้ทีมพยาบาล ให้คำแนะนำ ในเรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด
4. ทบทวนมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ<sup>7</sup> ดังนี้

### 4.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

- เตรียมผู้ป่วยให้ดื่มน้ำและอาหาร และให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
- เตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด ไม่โกนขนถ้าไม่จำเป็น แต่ถ้าจำเป็นต้องโกนให้โกนด้วย Clipper และควรโกนใกล้กับเวลาที่ผ่าตัด

- ทำความสะอาดและเตรียมผิวหนังบริเวณหน้าท้องและบริเวณโดยรอบ

- ให้ยาต้านจุลชีพ (Ceftriaxone 2 gm iv OD, Metronidazole 500 mg iv q 8 hr.) ตามแผนการรักษาของแพทย์

### 4.2 การเตรียมผู้ป่วยระยะผ่าตัด

- จัดคิวผ่าตัดเป็นลำดับสุดท้าย
- ใส่ตัวกรองแบคทีเรียในวงจรเครื่องช่วยหายใจ
- ระวังเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ส่วนบุคลากรสวม N-95
- จำกัดจำนวนบุคลากรระหว่างผ่าตัด
- บุคลากรในห้องผ่าตัดสวม N-95 ทุกราย
- หลังการผ่าตัดผู้ป่วยวัณโรคให้ทำความสะอาดห้องตามแนวปฏิบัติ (ข้อวินิจฉัยการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค)
- รักษาอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ

### 4.3 การดูแลหลังผ่าตัด

- ทำความสะอาดแผลด้วยหลักปลอดเชื้อ สวมถุงมือทุกครั้งที่ทำแผล
- ทำความสะอาดมือแบบ hygienic handwashing ก่อนและหลังทำแผลทุกครั้ง
- ประเมินลักษณะบาดแผลทุกครั้งที่ทำแผลว่ามีอาการติดเชื้อหรือไม่ ได้แก่ ปวด บวม แดง หรือมีหนองซึม
- ดูแล Jackson drain ให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา
- ให้ความรู้กับผู้ป่วยในการดูแลบาดแผล เช่น การป้องกันแผลเปื่อย น้ำ ห้ามแกะเกาบริเวณแผลผ่าตัด และแนะนำการสังเกตลักษณะแผลทุกวัน

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ

## 5. นิเทศ ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อให้เป็นไปตามมาตรฐาน

### การประเมินผล

8 วันหลังผ่าตัดรอบๆ แผลผ่าตัดแดง มีสารน้ำซึ่มคล้ายหนอง รายงานแพทย์ แพทย์ให้ off stapler 3 stitch ด้านบนและแหวกแผลผ่าตัด หลังจากนั้นทำแผลต่อ วันที่ 5 พฤษภาคม 2567 แผลแห้งแพทย์สั่งการนัดติดตามแผลอีก 1 เดือนแต่ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากเดินทางกลับประเทศไปก่อน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3** มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

### ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วย Sputum AFB 3+ มีไข้ หายใจเหนื่อย

## วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่ผู้อื่น

## เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
2. บุคลากรไม่ติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
3. เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคสามารถปฏิบัติตามการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ถูกต้อง

## กิจกรรมการพยาบาล

1. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทบทวนแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคตามแนวปฏิบัติที่วางไว้

2. เป็นที่ปรึกษาให้ทีมพยาบาล ให้คำแนะนำ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงการใช้ห้องแยกโรค Airborne infection isolation room : AIIR

3. ทบทวนมาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ดังนี้

### 3.1 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ ER

- คัดกรองผู้ป่วยด้วยแบบคัดกรอง ได้แก่ ไอเรื้อรังมากกว่า 2 สัปดาห์ / ไอมีเลือดปน / อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 3-5 กิโลกรัมต่อเดือน / มีไข้ โดยเฉพาะตอนบ่าย ตอนเย็น หรือกลางคืน / มีเหงื่อออกตอนกลางคืน
- ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
- แยกผู้ป่วยในห้องแยกความดันลบ AIIR
- บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N-95 ตลอดเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย
- ทำความสะอาดห้องแยกความดันลบ AIIR เมื่อผู้ป่วยย้ายไปห่อผู้ป่วย

### 3.2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในหอผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่สงสัยวัณโรคให้เข้าห้องแยกความดันลบ AIIR
- บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยชนิด N-95 ตลอดเวลาที่ให้การพยาบาลผู้ป่วย
- ตรวจสอบการทำงานห้องแยก AIIR อย่างน้อยเผลละ 1 ครั้ง โดย Isolation room ความดันลบอย่างน้อย

10-15 pascal ความดันห้อง Anti room ความดันลบอย่างน้อย 5-10 pascal และ ความดันของห้อง Isolation room กับ Anti room ต้องต่างกันอย่างน้อย 2.5 pascal<sup>9</sup>

- แนะนำการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้แก่ การปิดปากและจมูกเวลาไอ จาม หรือการบ้วนเสมหะลงใน ถังขยะ ปิดเชื้อ การทิ้งขยะติดเชื้อ

- ทำความสะอาดห้องแยก AIIR หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากห้องแยกโดยการเปิดระบบให้ทำงานต่ออีก 35 นาทีแล้วจึงเข้าไปทำความสะอาดโดยสวมหน้ากากชนิด N-95 เข้าทำความสะอาดด้วยวิธีการถูเปียกด้วยน้ำยา 0.5% ไฮโปคลอไรท์ หลังจากนั้นเปิดระบบทิ้งไว้อีก 35 นาที

### 3.3 การป้องกันในห้องผ่าตัด

- ไม่นำผู้ป่วยมารอในห้องผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน ควรเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เชื้อระบบควบคุมอากาศและเตรียมทีมให้พร้อมก่อนรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

- ให้ผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัย ตลอดเวลาที่เดินทางมาห้องผ่าตัด
- จำกัดจำนวนบุคลากรที่จะเข้าไปในห้องผ่าตัด
- ใส่ Bacteria filter ที่ expiratory valve และใช้ closed suction
- บุคลากรทุกคนในห้องผ่าตัดต้องสวมหน้ากากอนามัยชนิด N-95 ตลอดเวลาที่ผ่าตัดและตลอดเวลาที่

อยู่ในห้องร่วมกับผู้ป่วย

- ปิดประตูห้องผ่าตัดตลอดเวลา ไม่ควรเปิดเข้า-ออก ระหว่างการผ่าตัด

- ระหว่างการผ่าตัด ต้องปิดการทำงานของพัดลมดูดอากาศทั้ง (Exhaust air) ด้านล่างไว้ก่อนแต่แผงลมกลับ (return air) ด้านล่างให้เปิดการทำงานไว้ตลอดเวลา
  - หลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น ให้ทำการ recovery ผู้ป่วยภายในห้องผ่าตัดนั้น ไม่ควรนำมาพักฟื้นร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นในห้อง recovery room หรือให้นำผู้ป่วยส่งคืนหอผู้ป่วยโดยเร็วในรายที่ไม่จำเป็นต้องรอการพักฟื้นในห้องผ่าตัด
  - เมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดแล้ว ให้ปฏิบัติดังนี้
    - เปิดระบบการทำงานของระบบควบคุมอากาศในห้องนั้นต่ออีก 15 นาที
    - หลังจากนั้นเปิดการทำงานของพัดลมดูดอากาศทั้ง (Exhaust air) เป็นเวลานาน 30 นาที
    - หลังเปิดพัดลมดูดอากาศทั้ง (Exhaust air) ครบ 30 นาทีแล้วจึงให้บุคลากรสวมหน้ากากอนามัยชนิด N-95 เข้าไปเช็ดทำความสะอาดห้อง โดยใช้ยาทำลายเชื้อตามพื้นผิวต่างๆ ซึ่งอาจมีการปนเปื้อนเชื้อ เลือดและสิ่งคัดหลั่งที่ตกลงตามพื้น อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมภายในห้อง ห้ามกวาด
    - หลังการทำความสะอาดเสร็จสิ้น สามารถเปิดใช้งานรับผู้ป่วยรายใหม่เข้าผ่าตัดได้ทันที
- สรุประยะเวลาการทำความสะอาดห้องผ่าตัดติดเชื้อทางอากาศ หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยเสร็จสิ้น ดังนี้
- เปิดการทำงานของระบบควบคุมอากาศในห้องนั้นต่อไปอีก 15 นาทีเพื่อรองอากาศในห้องให้สะอาด
  - เปิดการทำงานของพัดลมดูดอากาศทั้ง (Exhaust air) เป็นเวลา 30 นาทีเพื่อระบายกลิ่นและฝุ่นละอองขนาดใหญ่
  - เช็ดทำความสะอาดพื้นผิว และอุปกรณ์ในห้องจนแห้งและสะอาด เพื่อกำจัดสิ่งสกปรกที่เปื้อนและเกาะติดตามพื้นผิว ใช้เวลาประมาณ 15 นาที รวมระยะเวลาพักใช้ห้องเพื่อการกำจัดและทำลายเชื้อทั้งสิ้น 60 นาที

4. เพื่าระวังการติดเชื้อในบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย
5. ประเมินและติดตามผลการตรวจเสมหะ เอกซเรย์ทรวงอก และการรับประทานยารักษาวัณโรคตามแผนการรักษาของแพทย์
6. แนะนำการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติจากการรับประทานยา และการแยกใช้อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว
7. แนะนำนายจ้างจัดเตรียมสถานที่หรือห้องพักให้พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยห้องพักต้องมีอากาศถ่ายเทสะดวก แสงแดดส่องถึงและแนะนำการมาตรวจตามนัด
8. จัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล รวมถึงการเผยแพร่ให้บุคลากรอื่นรับทราบ
9. นิเทศ ติดตามการปฏิบัติตามกฏการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยเฝ้าระวังเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4** ผู้ดูแล (นายจ้าง) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วย

#### ข้อมูลสนับสนุน

นายจ้างสอบถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและไม่พร้อมรับผู้ป่วยกลับ

#### วัตถุประสงค์

ลดความวิตกกังวลของนายจ้าง

#### เกณฑ์การประเมินผล

ญาติมีความเข้าใจในแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ร่วมให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคให้กับนายจ้างของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
2. ประสานหน่วยงานภายนอกในการดูแลผู้ป่วย

3. ประสานงานกับกลุ่มงานสุศึกษาในการให้ความรู้กับประชาชนในการดูแลตนเองเมื่อเป็นวัณโรค และการปฏิบัติตัวของญาติ
4. ส่งเสริมการใช้สื่อในการให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

#### การประเมินผล

องค์กรเอกชนต่างๆไม่มีสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย นายจ้างไม่พร้อมรับผู้ป่วยไปดูแลทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 36 วันและอยู่ในห้องแยกความดันลบมากกว่า 14 วัน

#### สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายชาวต่างชาติ อายุ 19 ปี ทำงานฝั่งเมียนมามาด้วย 1 เดือนก่อนมาปวดอึดท้องเป็นๆหายๆ 1 วันก่อนมามีอาการปวดอึด แน่นท้องมากขึ้นไปรักษาที่สถานพยาบาลฝั่งเมียนมาอาการไม่ดีขึ้นจึงไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์สงสัย hollow viscus organ perforation and R/O TB จึงส่งตัวมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลแม่สอดเวลา 18.15 น. แพทย์เยี่ยมอาการที่ ER วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดแบบเร่งด่วนเวลา 22.00 น. (รอ NPO time ครบ เนื่องจากผู้ป่วยเริ่ม NPO เวลา 12.00 น.) ระหว่างรอผ่าตัดย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยและเข้ารักษาในห้องแยกความดันลบ AIIR แพทย์ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 1.30 ชั่วโมง แผล class 4 เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 200 ซีซี แผลผ่าตัดเย็บ stapler, on Jackson drain ผลตรวจเสมหะ AFB 3+ (18-20/4/2567) 8 วันหลังการผ่าตัดแผลซึ่มคล้ายหนอง แพทย์ ทำการ off Stapler และแหวกแผล ให้การรักษาด้วยยาวัณโรคหลังผ่าตัดวันที่ 7 ผู้ป่วยรับประทานยาได้และแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้ไปรับประทานยาที่บ้านแต่นายจ้างไม่พร้อมรับผู้ป่วยจากปัญหาเรื่องที่พัก ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในห้องแยกความดันลบ AIIR จนพ้นระยะการแพร่กระจายเชื้อรวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 36 วัน

#### วิจารณ์

ผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื่อมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคให้กับบุคคลอื่นได้ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรหรือผู้ป่วยรายอื่น สำหรับกรณีศึกษารายนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อร่วมกับมีภาวะลำไส้ทะลุที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจึงจำเป็นต้องบูรณาการความรู้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกับการพยาบาลเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเข้าด้วยกัน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้านและการรักษาวัณโรคปอดที่ต้องใช้เวลารักษานานอย่างน้อย 6 เดือน

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการคัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยทุกรายที่เข้ามารักษาตัวภายในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชายแดน รวมถึงการแยกผู้ป่วยสงสัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. ควรเพิ่มสื่อที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย การปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นวัณโรคให้มีความหลากหลายในด้านของภาษา โดยเฉพาะภาษาพม่า และภาษาจีน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรและผู้ป่วย

#### สรุป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อที่มีปัญหาลำไส้ทะลุมีความซับซ้อน จำเป็นต้องบูรณาการความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ตั้งแต่การคัดกรอง การดูแลเบื้องต้น การรับเข้ารักษาตัวในห้องแยกโรค AIIR และการวางแผนการรักษาในชุมชนโดยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลชายแดนที่มีผู้ป่วยเป็นชาวต่างชาติ



## เอกสารอ้างอิง

1. รุ่งรังสี วิบูลชัย, เพชรมณี วิริยะสีบพงศ์, บรรณารักษ์. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
2. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. สถานการณ์และการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 ส.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.tbthailand.org/status/tb.html>
3. กลุ่มงานคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลแม่สอด. รายงานประจำปี 2555-2567. แม่สอด: โรงพยาบาลแม่สอด; 2567.
4. Mangram, Alicia J. et al. Guideline for the prevention of surgical site infection, 1999. vol. 20, no. 4, 1999.
5. นงเยาว์ เกษตรภิบาล. ความปลอดภัยในการผ่าตัด Safety in Surgery. เชียงใหม่: โซตนาพรินท์; 2561.
6. ชมรมเครือข่ายพยาบาลผู้ให้สารน้ำแห่งประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน; 2562.
7. สถาบันบำราศนราดูร, กรมควบคุมโรค. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สุวรรณชัย วัฒนา ยิ่งเจริญชัย, อภิชาติ วชิรพันธ์, บรรณารักษ์. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
8. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2559.
9. กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือการใช้งานห้องแยกโรคผู้ป่วยแพร่เชื้อทางอากาศ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: 2553.





## Efficacy of Quadruple test for Down Syndrome Screening in Pregnancy at Kamphaeng Phet Hospital

Natthida Mekwongtrakarn, M.D. (Maternal-Fetal Medicine)\*

### Abstract

**Introduction :** Down syndrome is a genetic disorder of physical and intellectual disability with the incidence of 1:1,000 of livebirths. The incidence increases with maternal age especially at or above 35-years-old. This syndrome affects not only physical and mental consequences of the child but also to the caregiver especially a financial problem for special care. Currently, the Quadruple test (QT), one of Down syndrome screening tests can decrease the amniocentesis in pregnant aged at or above 35 years old and post-amniocentesis abortion and increase the detection rate of Down syndrome from 29 to 86 percent.

**Objectives :** To study the efficacy of QT for Down syndrome screening at Kamphaeng Phet Hospital

**Methods :** This retrospective analysis of pregnant' s medical records who underwent QT between January 2022 to December 2023 and delivered at Kamphaeng Phet Hospital.

**Results :** A total of 1,492 pregnant women were eligible to include in this study. The average age was  $26.94 \pm 6.37$  years. There were 129 high risk screening results while 1,363 cases were low risk. The age of the high risk group was significantly higher than low risk group ( $31.05 \pm 7.14$  years old and  $26.55 \pm 6.16$  years old, respectively;  $p < 0.001$ ). From the 103 high risk pregnancies underwent a confirmation test with either amniocentesis or cell-free DNA, there were 2 Down syndrome, 1 Edward syndrome, and 3 other chromosome abnormalities with the 2 of 3 pregnancies accepted for medical abortion. Sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV) of QT in Kamphaeng Phet Hospital were 100, 91.5, 2.33, and 100 percent, respectively.

**Conclusions :** 1,492 pregnancies who had Quadruple test and delivered at Kamphaeng Phet Hospital showed 129 high risk results. After amniocentesis, three pregnancies was diagnosed trisomy. The sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) were 100, 91.5, 2.33 and 100 percent, respectively.

**Keyword :** Quadruple test, Down syndrome, Efficacy, Kamphaeng Phet Hospital

\* Medical doctor, Professional level, Department of Obstetrics and Gynecology, Kamphaeng Phet Hospital

## ประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในสตรีตั้งครรภ์ ด้วยวิธี Quadruple test โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ณัฐริดา เมฆวงศ์ตระการ, พ.บ. (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ :** กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นโรคความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย และสติปัญญา พบประมาณ 1:1,000 ของการคลอดทั้งหมด อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ สตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า/เท่ากับ 35 ปี กลุ่มอาการดาวน์ส่งผลต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ที่มีกลุ่มอาการดาวน์ และ ผู้ดูแลเลี้ยงดู และยังทำให้เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นพิเศษเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ โดยใช้วิธี Quadruple test (QT) สามารถลดหัตถการการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า/เท่ากับ 35 ปี และ ลดอัตราการแท้งที่เกิดจากการเจาะน้ำคร่ำได้ และสามารถตรวจทารกดาวน์ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 86

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธีการ QT ณ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

**วิธีการศึกษา :** เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ในสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี QT ที่โรงพยาบาล กำแพงเพชรระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

**ผลการศึกษา :** สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองดาวน์ด้วยวิธี QT มีจำนวน 1,492 ราย อายุเฉลี่ย  $26.94 \pm 6.37$  ปี พบว่ามี ผลคัดกรองความเสี่ยงสูง 129 ราย และความเสี่ยงต่ำ 1,363 ราย โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มความเสี่ยงต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ ( $31.05 \pm 7.14$  ปี และ  $26.55 \pm 6.16$  ปี ตามลำดับ  $p < 0.001$ ) สตรีตั้งครรภ์ในกลุ่มความเสี่ยงสูงตรวจยืนยันผล คัดกรองด้วยวิธีการเจาะน้ำคร่ำ หรือตรวจ cell free DNA 103 ราย พบกลุ่มอาการดาวน์ 2 ราย กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด 1 ราย และ โครโมโซมผิดปกติอื่นๆ 3 ราย ยุติการตั้งครรภ์ 2 ราย ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเป็น โรคเมื่อผลตรวจเป็นบวก (positive predictive value) และความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะไม่ใช่โรคเมื่อผลตรวจเป็นลบ (negative predictive value) ในการตรวจ QT ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร คือร้อยละ 100, 91.5, 2.33 และ 100 ตามลำดับ

**สรุป :** สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจ QT และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร 1,492 ราย มีความเสี่ยงสูง 129 ราย เจาะน้ำคร่ำพบโครโมโซม 47 แท่ง 3 ราย ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเป็น โรคเมื่อผลตรวจเป็นบวก (positive predictive value) และความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะไม่ใช่โรคเมื่อผลตรวจเป็นลบ (negative predictive value) ในการตรวจ QT ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร คือร้อยละ 100, 91.5, 2.33 และ 100 ตามลำดับ

**คำสำคัญ :** การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test ประสิทธิภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

## บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เป็นโรคความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม โดยร้อยละ 95 ของกลุ่มอาการดาวน์เกิดจากโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง (Trisomy 21) ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกายและสติปัญญา นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติที่พบได้บ่อยคือ หัวใจพิการแต่กำเนิด (ร้อยละ 40-50)<sup>1</sup> อายุขัยของผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการดาวน์จะสั้นกว่าคนทั่วไป ภาวะผิดปกติดังกล่าวทำให้ต้องมีการดูแลพิเศษนำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูที่มากขึ้น<sup>2</sup> อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการดาวน์ของทั่วโลก และประเทศไทย เท่ากับ 1:1,000 – 1:1,100 ของทารกแรกเกิด สัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี<sup>3</sup>

การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ขณะตั้งครรภ์ในปัจจุบันมีหลายชนิด ซึ่งจะมีความแม่นยำ ผลบวกปลอม (false positive rate; FPR) หรือผลลบปลอม (false negative) แตกต่างกัน ปัจจุบันหญิงตั้งครรภ์ทุกรายต้องได้รับการให้คำปรึกษาและมีสิทธิในการตัดสินใจในการตรวจโดยไม่คำนึงถึงอายุของสตรีตั้งครรภ์<sup>4,5</sup> ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมอนามัยได้มีการตรวจคัดกรองดาวน์ในไตรมาสที่ 2 แก่สตรีตั้งครรภ์ในช่วงอายุครรภ์ 14 - 18 สัปดาห์ทุกสิทธิการรักษา โดยใช้วิธี Quadruple test (QT)<sup>6</sup> โดยวัดระดับสารชีวเคมี 4 ชนิด คือ human chorionic gonadotropin (hcg), Inhibin A, unconjugated estriol (UE<sub>3</sub>) และ alpha fetoprotein (AFP) ในเลือดสตรีตั้งครรภ์มาคำนวณร่วมกับลักษณะพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์มาประเมินความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ทารกดาวน์ วิธีนี้เป็นวิธีที่มีอัตราการตรวจพบร้อยละ 81 ใช้การเจาะเลือดเพียงครั้งเดียว และไม่ต้องอัลตราซาวด์พิเศษ<sup>5,7</sup> วิธีดังกล่าวนี้สามารถลดหัตถการการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า/เท่ากับ 35 ปีได้ร้อยละ 66 ลดอัตราการแท้งที่เกิดจากการเจาะน้ำคร่ำได้ร้อยละ 66 และสามารถตรวจทารกดาวน์ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29 เป็นร้อยละ 86<sup>8,9</sup>

โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้เริ่มการตรวจ QT ในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายในช่วงอายุตามนโยบายของประเทศไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 โดยจัดบุคลากร และอุปกรณ์ที่จำเป็น วางแนวทางการส่งตรวจภายในจังหวัด และประสานกับทางศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อส่งตัวอย่างตรวจและรายงานผล มีระบบรายงานผลย้อนกลับแก่ทางศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในกรณีที่พบผลลบปลอม เพื่อพัฒนาระบบการส่งตรวจให้ดียิ่งขึ้น จึงมีส่วนสำคัญในการลดอัตราการเกิดมีชีพกลุ่มอาการดาวน์ อีกทั้งยังไม่เคยมีการศึกษาผลการดำเนินงานของการตรวจ QT นี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี QT เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาระบบ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพในอนาคต

## วัตถุประสงค์

### วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ ได้แก่ ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคเมื่อผลตรวจเป็นบวก (positive predictive value; PPV) และความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะไม่ใช่โรคเมื่อผลตรวจเป็นลบ (negative predictive value; NPV) ของการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี QT ในสตรีตั้งครรภ์

### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาความชุกในการเกิดผลคัดกรองความเสี่ยงสูงในการตรวจ QT
2. เพื่อศึกษาความชุกในการตั้งครรภ์ที่มีกลุ่มอาการดาวน์
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของมารดาและทารกทั้งระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดผลบวกปลอมของการตรวจ QT ในมารดาที่ตั้งครรภ์ทารกปกติ

## วิธีการศึกษา

การศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective observational study) โดยใช้ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี QT และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 คัดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. ตั้งครรภ์เดี่ยว
2. ทารกในครรภ์มีชีวิต
3. อายุครรภ์ 14-18 สัปดาห์ ณ วันที่มาฝากครรภ์ ได้รับการยืนยันอายุครรภ์ด้วยการอัลตราซาวด์ก่อนอายุครรภ์ 18 สัปดาห์

โดยตัดข้อมูลทางเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ ได้แก่ ผลการเจาะน้ำคร่ำ และข้อมูลการคลอดบุตร รวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลของการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ผลตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัย และข้อมูลระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ
2. เปรียบเทียบตัวแปรแบบกลุ่มด้วย Chi-square test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีในกลุ่มตัวอย่างที่มีการแจกแจงแบบปกติด้วย Student's t test
3. ค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคเมื่อผลตรวจเป็นบวก หรือลบ (positive หรือ negative predictive values; PPV, NPV) และความชุก (prevalence)
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดผลบวกของการตรวจ QT ในมารดาที่ตั้งครรภ์ทารกปกติ โดยการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติก

โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร เลขที่ ID 02-01-1800 เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2567

### ผลการศึกษา

ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าเกณฑ์ 1,636 ราย มี 124 รายที่เวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ 1,492 ราย ได้รับการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์  $26.94 \pm 6.37$  ปี จำแนกเป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง 129 ราย (ร้อยละ 8.64) และความเสียหายต่ำ 1,363 ราย (ร้อยละ 91.36) โดยอายุเป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (กลุ่มความเสี่ยงสูง  $31.05 \pm 7.14$  ปี และกลุ่มความเสี่ยงต่ำ  $26.55 \pm 6.16$  ปี;  $p < 0.001$ ) เมื่อแบ่งสตรีตั้งครรภ์เป็น 3 กลุ่มตามช่วงอายุคือ วัยรุ่น (อายุ  $< 20$  ปี) กลุ่มอายุ 20-34 ปี และกลุ่มอายุ  $\geq 35$  ปี พบว่ากลุ่มความเสี่ยงสูงมีสัดส่วนสตรีตั้งครรภ์อายุ  $\geq 35$  ปีมากกว่ากลุ่มความเสี่ยงต่ำ ในขณะที่กลุ่มความเสี่ยงต่ำจะมีสตรีอายุ  $< 35$  ปีมากกว่ากลุ่มความเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด คือ  $24.60 \pm 5.48$  กก./ม.<sup>2</sup> สตรีตั้งครรภ์ 760 ราย (ร้อยละ 50.94) มีดัชนีมวลกาย 18.5-24.9 กก./ม.<sup>2</sup> สตรีตั้งครรภ์ 374 ราย (ร้อยละ 25.07) มีดัชนีมวลกาย 25-29.9 กก./ม.<sup>2</sup> สตรีตั้งครรภ์ 143 ราย (ร้อยละ 9.58) มีดัชนีมวลกาย  $< 18.5$  และ  $34.9$  กก./ม.<sup>2</sup> และมีเพียง 72 ราย (ร้อยละ 4.83) มีดัชนีมวลกายมากกว่าเท่ากับ 35 กก./ม.<sup>2</sup> โดยที่ดัชนีมวลกายเฉลี่ยและดัชนีมวลกายแบ่งตามระดับไม่มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม ( $p = 0.409$  และ  $0.265$  ตามลำดับ) สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 556 ราย (ร้อยละ 37.27) ตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก สตรีตั้งครรภ์ 555 ราย (ร้อยละ 37.2) ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่สอง สตรีตั้งครรภ์ 273 ราย (ร้อยละ 18.30) ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่สาม สตรีตั้งครรภ์ 74 ราย (ร้อยละ 4.96) ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่สี่ และมีเพียง 34 ราย (ร้อยละ 2.27) ตั้งครรภ์มากกว่าเท่ากับ 5 ครั้งขึ้นไป ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่มไม่พบว่าจำนวนตั้งครรภ์มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.062$ ) สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 1,181 ราย (ร้อยละ 79.26) ไม่เคยมีภาวะแท้ง สตรีตั้งครรภ์ 251 ราย (ร้อยละ 79.26) มีประวัติแท้ง 1 ครั้ง และ 58 ราย (ร้อยละ 3.89) มีประวัติการแท้งตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งจำนวนการแท้งระหว่างกลุ่มความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 1.140$ ) สตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดพบความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบไม่ใช้อินซูลิน 215 ราย (ร้อยละ 14.41) แบบใช้อินซูลิน 5 ราย (ร้อยละ 0.34) เบาหวานก่อนตั้งครรภ์ 30 ราย (ร้อยละ 2.01) และความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์ 64 ราย (ร้อยละ 4.29) โดยเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบไม่ใช้อินซูลินพบในกลุ่มความเสี่ยงสูง 29 ราย (ร้อยละ 22.48) มากกว่ากลุ่มความเสี่ยงต่ำ 186 ราย (ร้อยละ 13.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.009$ ) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์

ข้อมูล	สตรีตั้งครรภ์ ทั้งหมด (1,492 ราย)	กลุ่มความเสี่ยงสูง (129 ราย)	กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (1,363 ราย)	p-value
อายุ (เฉลี่ย)	26.94 ± 6.37	31.05 ± 7.14	26.55 ± 6.16	<0.001
กลุ่มอายุ (จำนวน, ร้อยละ)				
< 20 ปี	195 (13.07)	6 (4.66)	189 (13.87)	<0.001
20-34 ปี	1,087 (72.85)	74 (57.36)	1,013 (74.32)	
≥ 35 ปี	210 (14.08)	49 (37.98)	161 (11.81)	
ดัชนีมวลกาย (เฉลี่ย, กก./ม <sup>2</sup> )	24.60 ± 5.48	24.98 ± 5.53	24.56 ± 5.48	0.409
กลุ่มดัชนีมวลกาย (จำนวน, ร้อยละ)				0.265
< 18.5	143 (9.58)	10 (7.75)	133 (9.76)	
18.5-24.9	760 (50.94)	65 (50.39)	695 (50.99)	
25-29.9	374 (25.07)	29 (22.48)	345 (25.31)	
30-34.9	143 (9.58)	19 (14.73)	124 (9.10)	
≥ 35	72 (4.83)	6 (4.65)	66 (4.84)	
จำนวนการตั้งครรภ์ (จำนวน, ร้อยละ)				0.062
1	556 (37.27)	36 (27.91)	520 (38.15)	
2	555 (37.20)	55 (42.64)	500 (36.68)	
3	273 (18.30)	28 (21.71)	245 (17.98)	
4	74 (4.96)	5 (3.87)	69 (5.06)	
≥ 5	34 (2.27)	5 (3.87)	29 (2.13)	
จำนวนการแท้ง (จำนวน, ร้อยละ)				0.140
0	1,181 (79.26)	95 (73.64)	1,086 (79.79)	
1	251 (16.85)	28 (21.71)	223 (16.39)	
≥ 2	58 (3.89)	6 (4.65)	52 (3.82)	
ความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ (จำนวน, ร้อยละ)				
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบไม่ใช้อินซูลิน	215 (14.41)	29 (22.48)	186 (13.65)	0.009
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบใช้อินซูลิน	5 (0.34)	0 (0.00)	5 (0.37)	1.000
ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์	30 (2.01)	6 (4.65)	24 (1.76)	0.061
ภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์	64 (4.29)	6 (4.65)	62 (4.55)	1.000

ในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มความเสี่ยงสูง 129 ราย พบความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการดาวน์ 121 ราย (ร้อยละ 93.79) กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด 0 ราย ภาวะหลอดประสาทไม่ปิด (neural tube defect; NTD) 5 ราย (ร้อยละ 3.88) และพบความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการดาวน์และกลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด 2 ราย (ร้อยละ 1.55) สตรีตั้งครรภ์ 26 ราย (ร้อยละ 20.16) ปฏิเสธการตรวจยืนยันผลคัดกรอง และสตรีตั้งครรภ์ 103 ราย (ร้อยละ 79.84) ได้ตรวจยืนยันผลคัดกรอง โดยได้รับการเจาะน้ำคร่ำ 90 ราย และ cfDNA 13 ราย ผลการตรวจยืนยันด้วยการเจาะน้ำคร่ำพบโครโมโซม 46 แท่ง จำนวน 84 ราย โดยเป็นทารกเพศชาย 36 รายและเพศหญิง 48 ราย ผล cfDNA เป็นความเสี่ยงต่ำร้อยละ 100 พบโครโมโซมเพศชาย 7 ราย และไม่พบโครโมโซมเพศชาย 6 ราย สตรีตั้งครรภ์ที่ได้เจาะน้ำคร่ำพบทารกมีกลุ่มอาการดาวน์ 2 ราย กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด 1 ราย ซึ่งได้ยุติการตั้งครรภ์ทั้งหมด ส่วนโครโมโซมชนิดอื่นที่พบ คือ 46,xy,inv(9)(p12q13) 2 ราย และ 45,xx,der(21,22)(q10;q10) 1 ราย เมื่อได้รับการอัลตราซาวด์ไม่พบความผิดปกติใดๆ ของทารกในครรภ์ และติดตามหลังคลอดไม่พบความผิดปกติ ดังตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 ผลตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองมีความเสี่ยงสูง แบ่งเป็น	129 (8.64)
กลุ่มอาการดาวน์	121 (93.79)
กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด	0 (0.0)
กลุ่มอาการพาทัว	0 (0.00)
NTD	5 (3.88)
กลุ่มอาการดาวน์ และ กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด	3 (2.33)
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด	103 (79.84)
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้ปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด	26 (20.16)
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดมีโครโมโซมปกติ	97 (94.17)
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้ตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดมีโครโมโซมผิดปกติ	6 (5.83)
กลุ่มอาการดาวน์	2 (33.33)
กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด	1 (16.67)
กลุ่มอาการพาทัว	0 (0.00)
46,XY,inv(9)(p12q13)	2 (33.33)
45XX,der(21;21)(q10;q10)	1 (16.67)
จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้ยุติการตั้งครรภ์	3 (100)

ระหว่างตั้งครรภ์มีทารกที่เสียชีวิตในครรภ์ทั้งหมด 9 ราย เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง 1 ราย และความเสี่ยงต่ำ 8 ราย และมีสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด 8 ราย แท้งบุตรระหว่างตั้งครรภ์ไม่ทราบสาเหตุ เป็นกลุ่มความเสี่ยงสูง 2 ราย (ร้อยละ 25) ซึ่งผลตรวจยืนยันคัดกรองปกติ และเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำ 6 ราย (ร้อยละ 75) ภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์พบในสตรีตั้งครรภ์ 17 ราย (ร้อยละ 1.14) ภาวะทารกในครรภ์ตัวโตพบ 15 ราย (ร้อยละ 1.01) มารดามีภาวะครรภ์เป็นพิษ 49 ราย (ร้อยละ 3.28) ภาวะคลอดก่อนกำหนด 182 ราย (ร้อยละ 12.20) และสตรีตั้งครรภ์ 1,310 ราย (ร้อยละ 87.80) คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด จากการวิจัยพบว่าภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ แท้งบุตรระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะทารกตัวโต ภาวะครรภ์เป็นพิษ และภาวะคลอดก่อนกำหนดไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 3

## ตารางที่ 3 ข้อมูลระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด

ข้อมูล	ประชากรทั้งหมด (1,492 ราย)	กลุ่มความเสี่ยงสูง (129 ราย)	กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (1,363 ราย)	p-value
ทารกเสียชีวิตในครรภ์ (n, %)	9 (0.60)	1 (0.78)	8 (0.59)	0.558
แท้งบุตรระหว่างตั้งครรภ์ (n, %)	8 (0.54)	2 (1.55)	6 (0.44)	0.147
ภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (n, %)	17 (1.14)	3 (2.33)	14 (1.03)	0.176
ภาวะทารกตัวโต	15 (1.01)	2 (1.55)	14 (0.95)	0.377
มารดามีครรภ์เป็นพิษ (n, %)	49 (3.28)	6 (4.65)	43 (3.15)	0.463
อายุครรภ์ที่คลอด (n, %)				0.675
< 37 สัปดาห์ (n, %)	182 (12.20)	17 (13.18)	165 (12.11)	
≥ 37 สัปดาห์ (n, %)	1,310 (87.80)	112 (86.82)	1,198 (87.89)	



ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) PPV และ NPV ในการตรวจ QT คือร้อยละ 100, 91.5, 2.33 และ 100 ตามลำดับ ( $p < 0.05$ ) และคำนวณความชุกในการพบความเสี่ยงสูงด้วยวิธี QT ความชุกในการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ และความชุกในการเกิดกลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ดเท่ากับ 86.46, 1.3 และ 0.67 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 ราย ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดง sensitivity, specificity, positive predictive value และ negative predictive value ในการเจาะคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test

สมรรถนะการตรวจคัดกรอง	ร้อยละ (95-CI)
<b>Sensitivity</b>	100 (29.20-100)
<b>Specificity</b>	91.5 (90.00-92.9)
<b>Positive predictive value</b>	2.33 (0.48-6.65)
<b>Negative predictive value</b>	100 (99.7-100)

สำหรับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิด FPR จากการตรวจ QT ในมารดาที่ตั้งครรภ์ทารกปกติ พบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์มากกว่าเท่ากับ 35 ปี และภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์มีความเสี่ยงในการเกิด FPR จากการตรวจ QT เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี หรือสตรีที่ไม่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 9.75 เท่า (95% CI, 3.76 – 25.29,  $p < 0.001$ ) และ 7.66 เท่า (95% CI, 1.17 – 50.05,  $p = 0.034$ ) ในขณะที่อายุครรภ์ที่ตรวจคัดกรอง QT มากขึ้นจะลด FPR เหลือ 0.78 เท่า (95% CI, 0.63 - 0.98,  $p = 0.035$ ) ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในการเพิ่มหรือลดการเกิด FPR จากการตรวจ QT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยพยากรณ์ในการเกิดผลบวกложจากการเจาะคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test

	ปัจจัย	Odd ratio	95% CI*	p-value
อายุ (ปี)	< 20		อ้างอิง	
	20-34	2.39	0.99-5.75	0.052
	$\geq 35$	9.75	3.76-25.29	<b>&lt;0.001</b>
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	< 18.5		อ้างอิง	
	18.5-24.9	0.96	0.47-1.96	0.905
	25-29.9	0.72	0.33-1.59	0.421
	30-34.9	1.19	0.50-2.84	0.693
	$\geq 35$	0.90	0.29-2.75	0.852
จำนวนการตั้งครรภ์	1		อ้างอิง	
	2	1.09	0.67-1.76	0.729
	3	0.82	0.43-1.56	0.543
	4	0.28	0.07-1.10	0.069
	$\geq 5$	0.80	0.20-3.16	0.751
จำนวนการแท้ง	0		อ้างอิง	
	1	1.21	0.70-2.10	0.489
	$\geq 2$	0.86	0.24-3.07	0.816
ภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์		7.66	1.17-50.05	<b>0.034</b>
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์แบบไม่ใช้อินซูลิน		1.45	0.89-2.37	0.138
ภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์		0.19	0.03-1.13	0.068
อายุครรภ์ที่ตรวจ QT**		0.78	0.63-0.98	<b>0.035</b>

\*CI = confidence interval, \*\*QT = Quadruple test

## วิจารณ์

จากงานวิจัยนี้พบความไว ความจำเพาะ PPV และ NPV ด้วยการตรวจ QT ในโรงพยาบาลกำแพงเพชรมีค่า 100, 91.5, 2.33 และ 100 ตามลำดับ ในงานวิจัยของณัฐพงษ์ ก้านคุณ<sup>10</sup> ตรวจพบความไว ความจำเพาะ และ PPV ของวิธี QT โรงพยาบาลชัยภูมิ ร้อยละ 60 (95%CI, 14.7-94.7) ร้อยละ 88.1 (95% CI, 87.0 - 89.1) ร้อยละ 0.7 (95% CI, 0.3 - 1.4) ตามลำดับ ซึ่งประสิทธิภาพน้อยกว่างานวิจัยนี้ แต่มี NPV ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 99.9, 95%CI, 99.8-100.0) ในกลุ่มอายุ  $\geq 35$  ปี มีความไวในการตรวจร้อยละ 100 และไม่สามารถคำนวณความไวในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ  $< 35$  ปี เนื่องจากไม่พบกลุ่มอาการดาวน์ในกลุ่มนี้ จากงานวิจัยของอรสิริ สิริวิพันธ์<sup>11</sup> พบความไวในการตรวจคัดกรอง QT ในโรงพยาบาลพัทลุงร้อยละ 87.5 และมี FPR ร้อยละ 8.98 เมื่อทำการแยกกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ  $< 35$  ปีมีความไวและความจำเพาะมากกว่ากลุ่มอายุ  $\geq 35$  ปี (ร้อยละ 100 vs 83.33 และ 94.5 vs 76.28 ตามลำดับ) โดยมี FPR ที่ร้อยละ 5.49 ในสตรีอายุ  $< 35$  ปี และร้อยละ 23.71 ในสตรีอายุ  $\geq 35$  ปี ซึ่งต่างจากงานวิจัยของธัญดา เดชอัมพร<sup>12</sup> โรงพยาบาลพินุลมังสาหารที่พบความไวในการตรวจ QT ของกลุ่มสตรีอายุ  $\geq 35$  ปีมีค่ามากกว่ากลุ่มอายุ  $< 35$  ปี (ร้อยละ 100 (95%CI, 100.0-100.0) vs 66.6 (95%CI 63.6-69.6) ตามลำดับ) ค่าความจำเพาะและความแม่นยำในกลุ่มสตรีอายุ  $\geq 35$  ปีมีค่าน้อยกว่ากลุ่มอายุ  $< 35$  ปี (ร้อยละ 59.3 (95%CI, 51.7-67.0) vs 89 (95%CI, 87.0-91.0) และร้อยละ 59.8 (95%CI, 51.7-67.6) vs 88.9 (95%CI, 86.7-90.8) ตามลำดับ) และค่า NPV ไม่มี ความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม เมื่อคิดคำนวณความไว ความจำเพาะ และค่า NPV รวมทั้งหาค่าร้อยละ 80.0 (95%CI, 77.6-82.3), 84.8 (95%CI, 82.7-86.9) และ 99.9 (95%CI, 99.7-100.0) ตามลำดับซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้

จากงานวิจัยนี้พบว่า มีผลคัดกรองเสี่ยงของกลุ่มอาการดาวน์มากที่สุด คือ ร้อยละ 93.79 รองลงมา คือ NTD ร้อยละ 3.88 และกลุ่มอาการดาวน์ร่วมกับเอ็ดเวิร์ด ร้อยละ 1.55 ความชุกในการเกิดผลคัดกรองความเสี่ยงสูงในการตรวจ QT 86.46 : 1,000 ในงานวิจัยของศิริกัญญา สมศรี<sup>13</sup> โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงสูงต่อกลุ่มอาการดาวน์ร้อยละ 90.64 กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด ร้อยละ 4.09 กลุ่มอาการพาทัว ร้อยละ 1.75 และ NTD ร้อยละ 7.02 จากงานวิจัยนี้สตรีตั้งครรภ์ 103 ราย (ร้อยละ 79.84) ยินยอมตรวจ ยืนยันผลคัดกรอง พบกลุ่มอาการดาวน์ 2 ราย กลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด 1 ราย และพบความผิดปกติของโครโมโซมอื่น 3 ราย ซึ่งไม่พบความผิดปกติของทารกและหลังคลอด คิดเป็นความชุกของทารกที่มีโครโมโซมผิดปกติ 4.02:1,000 ความชุกของทารกกลุ่มอาการดาวน์ 1.3:1,000 และความชุกของกลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด 0.67:1,000 ของสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด โดยที่สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลทารกเป็นกลุ่มอาการดาวน์ 1 ราย และเอ็ดเวิร์ด 1 รายได้ยินยอมยุติการตั้งครรภ์ ในงานวิจัยของณัฐพงษ์ ก้านคุณ<sup>10</sup> โรงพยาบาลชัยภูมิพบทารกกลุ่มอาการดาวน์จากการเจาะน้ำคร่ำ 3 ราย (ร้อยละ 8) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ  $\geq 35$  ปี ทั้งหมด คิดเป็น 1.4:1,000 และพบกลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ด 1 ราย ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ (ร้อยละ 0.8) จากการอัลตราซาวด์ และเจาะน้ำคร่ำยืนยัน งานวิจัยของธัญดา เดชอัมพร<sup>12</sup> โรงพยาบาลพินุลมังสาหาร พบความชุกกลุ่มอาการดาวน์ 4.5:1,000 โดยแบ่งเป็นความชุกในสตรีตั้งครรภ์อายุ  $< 35$  ปี 3:1,000 และอายุ  $\geq 35$  ปี 12.7:1,000 จากงานวิจัยของศิริกัญญา สมศรี<sup>13</sup> โรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบกลุ่มอาการดาวน์ 3 ราย (ร้อยละ 1.91) 47,XXX 2 ราย (ร้อยละ 1.27) และพบโครโมโซม 46,X,inv(Y)(p11.2q11.23) 1 ราย (ร้อยละ 0.65) และยุติการตั้งครรภ์ 3 ราย และจากงานวิจัยของ Ji Young Kwan<sup>14</sup> ประเทศเกาหลีพบทารกที่โครโมโซมผิดปกติ 24 ราย คิดเป็นความชุกของการพบโครโมโซมผิดปกติ 2.5:1,000 โดย 14 ราย (ร้อยละ 58.33) เป็นกลุ่มอาการดาวน์ คิดเป็นความชุกของกลุ่มอาการดาวน์ 1.6:1,000

นอกจากนี้งานวิจัยนี้พบว่า อายุสตรีตั้งครรภ์  $\geq 35$  ปี และภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์เพิ่ม FPR โดยกลุ่มสตรีตั้งครรภ์  $\geq 35$  ปีเพิ่ม FPR 9.75 เท่า (95% CI, 3.76–25.29) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ji Young Kwan<sup>14</sup> ที่พบว่า ผลมีค่าร้อยละ 6.6 ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.8 และ 35.3 ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35–39 และ 40–45 ปีตามลำดับ และในงานวิจัยของณัฐพงษ์ ก้านคุณ<sup>10</sup> โรงพยาบาลชัยภูมิพบ FPR ร้อยละ 11.9 และเมื่ออายุมากขึ้น FPR มีค่ามากขึ้นเช่นกัน คือ ร้อยละ 9.3 (95%CI, 8.3–10.4), 24.2 (95%CI, 20.2–28.5) และ 37.9 (95%CI, 28.6–46.7) ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์  $< 35$  ปี อายุ 35–39 ปี และอายุ 40 ปีขึ้นไปตามลำดับ และในงานวิจัยของอรสิริ สิริวิพันธ์<sup>11</sup> โรงพยาบาลพัทลุงพบ FPR รวมร้อยละ 8.98 และกลุ่มอายุ  $< 35$  ปี มี FPR น้อยกว่ากลุ่มอายุ  $\geq 35$  ปี ขึ้นไป ร้อยละ 5.49 และ 23.71 ตามลำดับเช่นเดียวกัน แต่ในงานวิจัยของธัญดา เดชอัมพร<sup>12</sup> โรงพยาบาลพินุลมังสาหารไม่ได้ศึกษา FPR แยกกลุ่มอายุ แต่มีค่า FPR ร้อยละทุกช่วงอายุที่ร้อยละ 15.10 ส่วนภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ในงานวิจัยนี้จะเพิ่ม FPR 7.66 เท่า (95% CI, 1.17 – 5.05) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยใดได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ หรือการได้รับการรักษาด้วยอินซูลินกับ FPR อย่างไรก็ตามมีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ทำให้

ระดับ AFP ลดลง ส่งผลต่อการแยกกลุ่มความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำ<sup>15,16</sup> ซึ่งในงานวิจัยของกุศล รัตมีเจริญ<sup>17</sup> โรงพยาบาลศิริราช พบว่าเกณฑ์ของ NTD ในสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวที่มีภาวะเบาหวานก่อนตั้งครรภ์จะมีค่า 1.90 MoM เมื่อเทียบกับกลุ่มปกติ 2.50 MoM

อายุครรภ์ที่ตรวจคัดกรอง QT มากขึ้นสัมพันธ์กับ FPR ที่ลดลง แต่ในงานวิจัยนี้จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจ QT ในช่วงอายุครรภ์ 17 และ 18 สัปดาห์ มีจำนวน 6 และ 1 รายตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนประชากรน้อยทำให้แสดงความสัมพันธ์ได้ไม่ชัดเจน และยังไม่มีการวิจัยใดได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุครรภ์ที่ตรวจ QT กับผลตรวจ QT ซึ่งตามหลักการและในงานวิจัยของกุศล รัตมีเจริญ<sup>17</sup> โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ระดับ AFP, UE<sub>3</sub> และ hcg ในสตรีตั้งครรภ์ไทยมีค่าลดลงในช่วงอายุครรภ์ 14-22 สัปดาห์ ส่วนระดับ Inhibin A มีค่าลดลงจนต่ำสุดที่อายุครรภ์ 18 สัปดาห์ และเพิ่มขึ้นในอายุครรภ์ที่มากกว่าด้วยเหตุผลนี้ อายุครรภ์ที่ตรวจคัดกรองจึงมีผลต่อการคำนวณ QT

จากการวิจัยนี้พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีผลคัดกรองความเสี่ยงสูง จำนวน 129 ราย (ร้อยละ 8.65) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ  $26.94 \pm 6.37$  ปี ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของณัฐพงษ์ ก้านคุณ<sup>10</sup> โรงพยาบาลชัยภูมิ และธัญธิดา เดชมอพร<sup>12</sup> โรงพยาบาลพินุลมั่งสาหาร ( $27.3 \pm 6.4$  ปี) โดยสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดในการวิจัยนี้กลุ่มความเสี่ยงสูงมีอายุเฉลี่ย  $31.05 \pm 7.14$  ปี ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ  $26.55 \pm 6.16$  ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริกัญญา สมศรี<sup>13</sup> โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่มีอายุเฉลี่ยกลุ่มความเสี่ยงสูง  $37.61 \pm 3.31$  ปี และมรกต สุวรรณวนิช<sup>18</sup> โรงพยาบาลราชบุรี (อายุ  $31 \pm 7.4$  ปี และ  $29 \pm 5$  ปีตามลำดับ,  $p < 0.001$ ) นอกจากนั้นในงานวิจัยนี้พบว่า ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่อินซูลินพบมากในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำมากกว่าความเสี่ยงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 86.51 และ 13.49 ตามลำดับ,  $p = 0.009$ ) ซึ่งในงานวิจัยของมรกต สุวรรณวนิช<sup>18</sup> โรงพยาบาลราชบุรีพบว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มความเสี่ยงสูงและต่ำ (14 และ 9 รายตามลำดับ,  $p = 0.391$ )

ในงานวิจัยนี้ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ คือ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ การแท้งบุตรระหว่างตั้งครรภ์ ทารกมีภาวะเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกตัวโต มารดามีครรภ์เป็นพิษ และการคลอดก่อนกำหนดไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำ ในขณะที่งานวิจัยของมรกต สุวรรณวนิช<sup>18</sup> โรงพยาบาลราชบุรีพบว่ากลุ่มความเสี่ยงสูงพบภาวะครรภ์เป็นพิษ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และโครโมโซมผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.013, 0.001$  และ  $0.043$  ตามลำดับ)

จากแนวทางของ Society of Maternal and Fetal Medicine<sup>19</sup> งานวิจัยของ Kevin Spencer<sup>20</sup> Josep Marcos<sup>21</sup> และ Henriques CU<sup>22</sup> พบว่าระดับ AFP หรือ hcg หรือ Inhibin A มากกว่า 2 MoM จะเสี่ยงภาวะทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในงานวิจัยนี้พบพบภาวะครรภ์เป็นพิษ 4 ราย (ร้อยละ 4.55) ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ 1 ราย (ร้อยละ 1.14) และคลอดก่อนกำหนด 8 ราย (ร้อยละ 9.09) มี hcg ผิดปกติ จากงานวิจัยของ Henriques CU<sup>22</sup> และ Wendy Y Craig<sup>23</sup> Lorraine Dugoff<sup>24</sup> พบว่าระดับ UE<sub>3</sub> ต่ำสัมพันธ์กับการสร้างสเตียรอยด์ผิดปกติของรกและทารก เพิ่มอุบัติการณ์ในการเกิดทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และทารกเสียชีวิตในครรภ์ ซึ่งในงานวิจัยนี้พบสตรีตั้งครรภ์กลุ่มความเสี่ยงสูงที่มีระดับ UE<sub>3</sub> ต่ำ 22 ราย แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้กลุ่มความเสี่ยงสูงและสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนมีจำนวนน้อยจึงไม่อาจสรุปความเสี่ยงหรือความสัมพันธ์ในการเกิดได้ จำเป็นต้องศึกษาเพิ่มเติมในอนาคต

**ข้อจำกัดของการศึกษา** ผู้วิจัยมีไว้วิเคราะห์ประชากรในช่วงปีพ.ศ. 2562 - 2564 เนื่องจากไม่มีข้อมูลรายละเอียดของสตรีตั้งครรภ์อย่างครบถ้วน จึงทำให้ไม่พบทารกกลุ่มอาการดาวน์หลังคลอด ทำให้งานวิจัยนี้มีผลลบลงเป็นศูนย์ และอัตราการเกิดทารกที่มีกลุ่มอาการดาวน์น้อยทำให้การคำนวณสมรรถนะของ QT มีช่วงความเชื่อมั่นกว้าง ซึ่งทำให้ไม่สามารถสรุปความไวได้ชัดเจน ซึ่งโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้เริ่มตรวจ QT ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 และในปี พ.ศ. 2564 มีทารกแรกเกิดที่มีกลุ่มอาการดาวน์ทั้งหมด 2 ราย รายแรกเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 อายุ 39 ปี ตรวจ QT ผลเป็นความเสี่ยงต่ำ 1:3,400 ไม่พบความผิดปกติจากการอัลตราซาวด์ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 6 วัน เนื่องจากทารกไม่กลับหัว และรายที่สองเป็นสตรีตั้งครรภ์ 22 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ไม่ได้ตรวจ QT คลอดทางช่องคลอดเมื่ออายุครรภ์ 37 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่พบประวัติการรักษาหลังคลอดของเด็กทั้งสองราย

## สรุป

จากงานวิจัยนี้พบว่าประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรอง QT ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร คือ ความไวร้อยละ 100 ความจำเพาะร้อยละ 91.5 PPV ร้อยละ 2.33 และ NPV ร้อยละ 100 ซึ่งมีประสิทธิภาพเทียบเท่ามาตรฐาน ความชุกในการเกิดผลคัดกรองความเสี่ยงสูงในการตรวจ QT ความชุกในการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ และความชุกในการเกิดกลุ่มอาการเอ็ดเวิร์ดมีค่าร้อยละ 86.46, 1.3 และ 0.67 ต่อสตรีตั้งครรภ์ 1,000 ราย โดยไม่พบผลลบลงของการคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ จึงเพิ่มความเชื่อมั่นของเครื่องมือ



การตรวจต่อผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรมากขึ้น อย่างไรก็ตามในอนาคตอาจต้องศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของการตรวจ QT กับภาระน้ำคั่งในสตรีตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ว่าสามารถลดการเจ่าน้ำคั่งที่ไม่จำเป็น ภาวะแทรกซ้อนจากการเจ่าน้ำคั่ง หรือค่าใช้จ่ายในการเจ่าน้ำคั่งได้หรือไม่

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงวิบูลวรรณ ตันศลรักษ์ หัวหน้าสูตินรีเวชที่ให้คำปรึกษาในหัวข้อวิจัยนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ห้องฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่ข้อมูลสถิติ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยชนิดนี้ และขอขอบคุณนายแพทย์ทิศยพงษ์ อินตางาม ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการให้บริการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยวิธี Quadruple test สำหรับผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย; 2564.
2. World Health Organization. Births with Down's syndrome per 100 000 live births. [Internet]. European Region: WHO; [updated 2023 October 23]. [cited 2024 June 25]. Available from: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_603-7120-births-with-downs-syndrome-per-100-000-live-births/#id=19698](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_603-7120-births-with-downs-syndrome-per-100-000-live-births/#id=19698)
3. Jaruratanasirikul S, Kor-anantakul O, Chowvichian M, Limpitikul W, Dissaneevate P, Intharasangkanawin N, et al. A population-based study of prevalence of Down syndrome in Southern Thailand. World Journal of Pediatrics. 2013;63-9.
4. Committee Opinion No. 693: Counseling About Genetic Testing and Communication of Genetic Test Results. Obstet Gynecol. 2017;129(4): e96-e101.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, Committee on Genetics, & Society for Maternal-Fetal Medicine. Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities: ACOG Practice Bulletin Number 226. 2020;136(4),e48–e69.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2561.
7. ชนิศรา นามบุญเรือง. โครงการป้องกันการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์. [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มพัฒนานามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 13 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/Down62.pdf>
8. Wanapirak C, Piyamongkol W, Sirichotiyakul S, Tongprasert F, Srisupundit K, Luewan S, et al. Fetal Down syndrome screening models for developing countries; Part I: Performance of Maternal Serum Screening. BMC health services research. 2019;19(1),1-7.
9. Wanapirak C, Buddhawongsa P, Himakalasa W, Sarnwong A, Tongsong T. Fetal Down syndrome screening models for developing countries; Part II: Cost-benefit analysis. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):1-9.
10. ญัตติพงษ์ ก้านคุณ. ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมในจังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร. 2566;43(พิเศษ):13-22.
11. อรสิริ สิริวิพันธ์. ผลลัพธ์การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วย Quadruple Test ในโรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2566;37(2):34-46.
12. ธัญธาดา เดชอัมพร. ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี quadruple test ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2567;7(2):108-16.



13. ศิริกัญญา สมศรี. ผลการตรวจคัดกรองดาวนซินโดรมในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5):513-21.
14. Kwon JY, Park IY, Kwon SM, Kim CJ, Shin JC. The quadruple test for Down syndrome screening in pregnant women of advanced maternal age. Arch Gynecol Obstet. 2012;285(3):629-33.
15. Thornburg LL, Cushman K, Peterson J, McCall KB, Mooney R, Pressman E, Maternal serum alpha-fetoprotein in Type 1 and Type 2 diabetics. AJOG. 2006;2535:S1-S256.
16. Lone Tree OB/GYN and Midwives [Internet]. Colorado. Alpha Fetoprotein (AFP) Quad Screen Penta Screen Test Summary; 2024. [cited 28 August 2024]. Available from: <https://www.lonetreeobgyn.com/contents/obstetrics/alpha-fetoprotein>
17. Russameecharoen K, Nawapun K, Phattanachindakun B, Titapant V, Wataganara T, Phithakwatchara N. Normative Values of Second-Trimester Maternal Serum Markers Using an Automated Assay Platform for Down Syndrome Screening. Siriraj Med J. 2019;71(1):21-4.
18. Suwanwanich M. Predicting Adverse Pregnancy Outcomes based on Maternal Serum Markers in Quad Test. Biomedical Sciences and Clinical Medicine. 2023;62(2):46–51.
19. Waller DK, Lustig LS, Smith AH, Hook EB. Alpha-fetoprotein: a biomarker for pregnancy outcome. Epidemiology. 1993;4(5):471–6.
20. Spencer K. Second-trimester prenatal screening for Down syndrome and the relationship of maternal serum biochemical markers to pregnancy complications with adverse outcome. Prenat Diagn. 2000;20(8):652–6.
21. Marcos J, Craig WY, Palomaki GE, Kloza EM, Haddow JE, Roberson M, et al. Maternal urine and serum steroid measurements to identify steroid sulfatase deficiency (STSD) in second trimester pregnancies. Prenat Diagn. 2009;29(8):771–80.
22. Henriques CU, Damm P, Tabor A, Pedersen JF, Mølsted-Pedersen L. Decreased alpha-fetoprotein in amniotic fluid and maternal serum in diabetic pregnancy. Obstet Gynecol. 1993;82(6):960-4
23. Craig WY, Roberson M, Palomaki GE, Shackleton CH, Marcos J, Haddow JE. Prevalence of steroid sulfatase deficiency in California according to race and ethnicity. Prenat Diagn. 2010;30(9):893–8.
24. Dugoff L, Hobbins JC, Malone FD, Vidaver J, Sullivan L, Canick JA, et al. Quad screen as a predictor of adverse pregnancy outcome. Obstet Gynecol. 2005;106(2):260–7.

# วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวที เสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับผลงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควร เตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

## ประเภทผลงานที่ตีพิมพ์

### 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข

### 2. กรณีศึกษา (case study)

เป็นรายงานการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

### 3. บทความปริทัศน์ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

## การเตรียมต้นฉบับ

### รายละเอียดของการพิมพ์

1. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน โดยผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบเนื้อหาที่เขียน
2. บทความที่ส่งมาจะได้รับการตรวจแก้ไขเพื่อความเหมาะสมทั้งในเรื่องของรูปแบบ (format) และความถูกต้องของเนื้อหาโดยกองบรรณาธิการ และส่งข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนทาง e-mail
3. ขั้นตอนการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขให้แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะกำหนดเวลา เพื่อให้ทันเวลาในการออกวารสาร ใช้เวลาเฉลี่ยภายใน 3 เดือนโดยประมาณ โดยกองบรรณาธิการจะรับลงวารสารตามความเห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสาร จำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Words for Windows 2007 ใช้ตัวอักษร browallia new ขนาด 14 point Single Space และใช้กระดาษพิมพ์ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่เกิน 10 - 12 หน้า โดยรวมบทคัดย่อ และเอกสารอ้างอิง
6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ เป็น ขาว-ดำ สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง มีชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิกำกับที่ชัดเจน

## การเรียงลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไขให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

### 1. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

- 1.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ
- 1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (ภาษาไทย) ระบุชื่อของผู้เขียนทุกคน พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ ส่วนหน่วยงานหรือสถาบันใช้การอ้างอิงแบบเชิงอรรถไว้ส่วนล่างสุดของหน้ากระดาษของเอกสาร
- 1.3 บทคัดย่อ (ภาษาไทย) เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้
  - บทนำ : .....
  - วัตถุประสงค์ : .....
  - วิธีการศึกษา : .....



- ผลการศึกษา : .....

- สรุป : .....

1.4 คำสำคัญ (ภาษาไทย) ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาไทย เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นในอนาคต

1.5 เชิงอรรถ (ภาษาไทย) อยู่ใต้เส้นคั่นซึ่งยาว 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร เป็นรายการเชิงอรรถที่ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์

**หมายเหตุ ข้อ 1.1 – 1.5 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4**

1.6 Title (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ มีความหมายตรงกับชื่อเรื่องภาษาไทย

1.7 Authors (ชื่อผู้พิมพ์ภาษาอังกฤษ) จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ พร้อมพร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษา สูงสุดภาษาอังกฤษ

1.8 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคที่ดี โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction: .....

- Objectives: .....

- Methods: .....

- Results: .....

- Conclusions: .....

1.9 Keyword (คำสำคัญภาษาอังกฤษ) ต้องตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาอังกฤษ

1.10 Footnote (เชิงอรรถ) ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ

**หมายเหตุ ข้อ 1.6 – 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คนละหน้ากับภาษาไทย**

1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นจะต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษา และสรุป

- วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

- ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

- วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการหรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

- สรุป (conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

- กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากๆ ทำให้บทความดูยืดยาวความภูมิฐานเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

- เอกสารอ้างอิง (references) ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## 2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนต้นฉบับ (Original article)

2.2 บทคัดย่อ (ภาษาไทย) ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมไม่ควรยืดยาว เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- บทนำ : เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 - 3 บรรทัด)

- วัตถุประสงค์ : เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูผลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- กรณีศึกษา : เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่รายเข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาลอะไรบ้าง และให้การพยาบาลที่สำคัญอย่างไร ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลเป็นอย่างไร

- สรุป : เขียนสรุปกรณีศึกษา สรุปโรค และข้อเสนอแนะสั้นๆ อยู่ในย่อหน้าเดียว

2.3 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีต โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction: .....

- Objectives: .....

- Case Study: .....

- Conclusions: .....

2.4 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่มาของนำไปสู่การศึกษา ได้แก่ ความสำคัญของโรคที่ศึกษา ข้อมูลสถิติ (อย่างน้อยในสถานที่ที่ศึกษา) วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาหรือสาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้มาศึกษา แต่ไม่ต้องใส่ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมด ใช้ลักษณะการวิเคราะห์มาเขียนแทน และให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษารายละเอียดในส่วนท้ายของบทนำ

- กรณีศึกษา

เป็นการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา เขียนสรุปใจความสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม ผลการเอกซเรย์และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ตามโรคและแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม) สรุปการดำเนินโรค การวางแผนการพยาบาลโดยสรุปปัญหาที่สำคัญเป็นรายข้อ

- **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษา และประเมินผลการพยาบาล

- **สรุปกรณีศึกษา**

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำการรักษา ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง และการประเมินผลการพยาบาล

- **วิจารณ์และข้อเสนอแนะ**

อธิบายสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา หรือหลุมพราง (pitfall) ที่พบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ และข้อแนะนำในการให้การพยาบาลที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

- **สรุป**

ให้สรุปโรคที่ศึกษาที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

- **เอกสารอ้างอิง**

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เป็นรูปแบบการเขียนรายการอ้างอิงสำหรับสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยการอ้างอิงประกอบด้วย 2 แบบ คือ การอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายบทความ

**1. การอ้างอิงในเนื้อหา** ใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย 1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปที่ทำข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างอิง ก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นวรรค ไม่ใส่วงเล็บ และใช้ **“ตัวเลขยก”** 2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย 3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง 4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายดักขั้ว ( - ) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึงรายการสุดท้าย เช่น (1-3) หากเป็นการอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค ( , ) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (2,6,10)

**ตัวอย่าง** Plasmodium falciparum and Wuchereria bancrofti are parasites that cause human malaria and lymphatic filariasis in the population of South-East Asian countries.<sup>1-3,6,10</sup> The diseases are abundant and widely spread in the endemic area especially Thailand and its neighbor countries.<sup>3,7</sup>

**2. การอ้างอิงท้ายบทความ** การอ้างอิงที่อยู่ท้ายบทความหรือที่เขียนว่า “เอกสารอ้างอิง” หรือ “References”

มีหลักการอ้างอิง ดังนี้ 1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในเนื้อหาที่ได้อ้างถึงในเนื้อหา โดยไม่ต้องแยกภาษา ประเภทของเอกสารอ้างอิง ไม่ต้องเรียงตามตัวอักษรให้เลขตามหมายเลขที่อ้างอิง 2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย หากรายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัดให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก 3. ระหว่างข้อมูลการอ้างอิงแต่ละส่วนให้เว้น 1 วรรค 4. รูปแบบการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

## หลักเบื้องต้นในการอ้างอิงข้อมูลแต่ละส่วน

1. ผู้แต่ง เป็นได้ทั้งบุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน และเป็นได้ทั้งผู้เขียนบรรณานุกรม หรือผู้รวบรวม ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . )

1.1 กรณีเป็นผู้แต่งเป็นคนไทย ให้ใช้ชื่อและนามสกุลตามลำดับ โดยเว้น 1 บรรทัด

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข.

1.2 กรณีเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน เว้น 1 บรรทัด ตามด้วยอักษรย่อของชื่อตัว และชื่อกลาง โดยไม่ต้องเว้นวรรคหรือมีเครื่องหมายใดใดคั่น

ตัวอย่าง Redfern SJ.

1.3 กรณีที่ผู้แต่งมีจำนวนมากกว่า 1 คน

1.3.1 หากผู้แต่งมีจำนวนไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค ( , ) คั่นระหว่างชื่อ และเว้น 1 บรรทัด หลังชื่อผู้แต่งชื่อสุดท้ายให้ใส่เครื่องหมายมหัพภาค ( . )

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, อนุชิต จุฑะพุทธิ.

Lodish H, Baltimore D Jr, De Berk AE.

1.3.2 หากผู้แต่งมีจำนวนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค ( , ) คั่นระหว่างชื่อ และเว้น 1 บรรทัด หลังชื่อผู้แต่งชื่อที่ 6 ให้ใส่คำว่า “ และคณะ.” (สำหรับภาษาไทย) หรือ “ et al.” (สำหรับภาษาอังกฤษ) และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . )

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, อนุชิต จุฑะพุทธิ, ชินกร ประชาธิ, อาภา ใจชื่น, กรสุตา รักษา, และคณะ.

Choi HK, Won LA, Kontur PJ, Hammond DN, Fox AP, Wainer BH, et al.

1.4 ผู้แต่งที่เป็นกลุ่ม เป็นคณะ หรือสถาบัน ให้ใช้ชื่อก่อน คณะ หรือสถาบันนั้นเป็นผู้แต่ง กรณีมีทั้งหน่วยงานใหญ่ และหน่วยงานย่อย ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค ( , ) หลังชื่อหน่วยงานใหญ่ เว้น 1 บรรทัด ตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย และเครื่องหมายมหัพภาค ( . )

ตัวอย่าง คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางทะเลแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะแพทยศาสตร์.

Institute of Medicine (US). American Occupational Therapy Association, Ad Hoc Committee.

1.5 ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง ให้ใช้ชื่อหนังสือหรือชื่อบทความแทนตำแหน่งชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง 1. การบริหารงานวิจัย แนวคิดจากประสบการณ์. กรุงเทพฯ: ดวงกลม; 2540.

2. Health promotion in nursing practice. Stamford: Appleton & Lange; 1996.

## 2. ชื่อหนังสือ / ชื่อวารสาร / ชื่อบทความ

2.1 ชื่อหนังสือ / ชื่อบทความ กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ เฉพาะคำแรกของชื่อ หลังจากนั้นให้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นศัพท์เฉพาะ และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . )

ตัวอย่าง Fischer JS. Carbohydrate metabolism disorder. New York: Academic Press; 1975.

2.2 ชื่อวารสาร กรณีเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อของวารสารที่ปรากฏใน Index Medicus ซึ่งจัดทำโดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) หากเป็นวารสารชื่อสั้นๆ คำเดียว มักจะไม่ย่อชื่อวารสาร

ตัวอย่าง 1. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจุกอึกเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25; 347(4): 284-7.

**3. จำนวนเล่ม** กรณีหนังสือมีหลายเล่ม (Volume) หากนำมาใช้อ้างอิงทุกเล่ม ให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมดไว้ท้ายรายการอ้างอิง เช่น 3 ล. หรือ 3 vol. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์เล็ก)

**ตัวอย่าง** 1. พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โลหิตวิทยาคลินิกขั้นสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. 2 ล.

2. Hamilton S, editor. Animal welfare & anti-vivisection 1870-1910: nineteenth-century women's mission. London: Routledge; 2004. 3 vol.

หากนำมาใช้อ้างอิงเพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง ให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้างไว้หลังชื่อเรื่องหรือครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี) เช่น เล่ม 3. หรือ Vol. 3. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์ใหญ่) และใส่จำนวนหน้าของเล่มที่อ้างไว้หลังปีพิมพ์

**ตัวอย่าง** สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง). เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก; 2551. 383 น.

**4. ครั้งที่พิมพ์** ระบุตั้งแต่การพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยใช้คำว่า “พิมพ์ครั้งที่” (สำหรับภาษาไทย) หรือ “ed.” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . ) เช่น พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. 5th ed. เป็นต้น ทั้งนี้ nd, rd, th ไม่ต้องทำเป็นตัวยก ส่วนคำประกอบอื่นๆ ให้ใช้อักษรย่อ เช่น revised ใช้ “rev.” reprint(ed) ใช้ “repr.” เป็นต้น

**ตัวอย่าง** 1. สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกษตรกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเกษตรศาสตร์; 2563.

2. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002.

#### **5. เมืองที่พิมพ์**

5.1 ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ หากมีชื่อเมืองมากกว่า 1 ชื่อ ให้ใช้ชื่อเมืองแรก ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( : )

5.2 กรณีที่ชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จัก ให้ใส่ชื่อรัฐหรือประเทศไว้ในวงเล็บกลมตามหลังชื่อเมือง สำหรับชื่อรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้อักษรย่อ 2 ตัวที่ใช้เป็นรหัสไปรษณีย์ โดยพิมพ์เป็นตัวพิมพ์ใหญ่ เช่น CN สำหรับรัฐ Connecticut หรือ NY สำหรับรัฐ New York เป็นต้น

5.3 กรณีที่ไม่สามารถระบุเมืองที่พิมพ์ได้ ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.ท.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [place unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์

**ตัวอย่าง** กรุงเทพฯ: [ม.ป.ท.]

White Plains (NY): [place unknown]

**6. สำนักพิมพ์** ใส่ชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค ( ; ) ทั้งนี้คำประกอบอื่นไม่ต้องใส่ เช่น สำนักพิมพ์, บริษัท, Publisher, Publishing, Limited, Company, Co. เป็นต้น ยกเว้นสำนักพิมพ์ที่มีชื่อเดียวกับหน่วยงาน ต้องระบุคำว่า “สำนักพิมพ์” ด้วย กรณีสำนักพิมพ์เป็นหน่วยงานที่มีทั้งหน่วยงานใหญ่ และหน่วยงานย่อย ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค ( , ) หลังชื่อหน่วยงานใหญ่ เว้น 1 บรรทัด แล้วตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย

6.1 กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์: ให้ชื่อสถาบันที่ผู้แต่งสังกัดแทน

6.2 กรณีไม่ปรากฏหน่วยงานใดๆ: ให้ลงชื่อโรงพิมพ์ที่พิมพ์หนังสือนั้น โดยระบุคำว่า “โรงพิมพ์” ไว้ด้วย

6.3 กรณีเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล: ให้ลงชื่อหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบเป็นสำนักพิมพ์ แม้ว่าในหนังสือจะมีการระบุชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์ก็ตาม

6.4 กรณีที่ชื่อสำนักพิมพ์เป็นชื่อเดียวกับชื่อผู้แต่ง ให้เขียนย่อ เช่น ชื่อผู้แต่ง คือ กระทรวงการคลัง สำนักพิมพ์ให้ใส่ว่า กระทรวง ชื่อผู้แต่ง คือ American Occupational Therapy Association สำนักพิมพ์ให้ใส่ว่า The Association

6.5 กรณีไม่สามารถระบุชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์ได้: ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.พ.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [publisher unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์

**ตัวอย่าง** มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์; [ม.ป.พ.];

## 7. ปีพิมพ์

7.1 ใส่เฉพาะตัวเลขของปีพิมพ์ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . ) เช่น 2544. 2020. เป็นต้น

7.2 หากไม่มีปีพิมพ์ ให้ใส่ปีลิขสิทธิ์ได้ โดยใส่ “c” ก กับไว้ด้วย เช่น c2020 เป็นต้น

7.3 หากไม่มีปีพิมพ์หรือปีลิขสิทธิ์ สามารถใส่ปีโดยประมาณโดยดูจากข้อมูลที่แสดงไว้ในเนื้อหา และใส่ไว้ในวงเล็บเหลี่ยมตามด้วยเครื่องหมายประจัญหน้า ( ? ) เช่น [2020?] เป็นต้น

7.4 หากไม่สามารถระบุปีพิมพ์ได้ ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.ป.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [date unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์

## 8. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ ของวารสาร

8.1 กรณีเป็นวารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี: วารสารวิชาการทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ให้ใส่เฉพาะปีพิมพ์ ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค ( ; ) และเล่มที่ (Volume) โดยไม่มีการเว้นวรรค และไม่จำเป็นต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

**ตัวอย่าง** 1. Figueroa JV, Chievers LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for detection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.

8.2 กรณีเป็นวารสารที่ไม่ได้ใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี: หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ปี เดือน\* วันที่พิมพ์ (ถ้ามี) หากเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใส่วัน (ถ้ามี) เดือน\* ปีที่พิมพ์ จากนั้นตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค ( ; ) เล่มที่ (Volume) และถ้ามีฉบับที่ (Issue/Number) ให้พิมพ์ไว้ในวงเล็บกลม โดยไม่มีการเว้นวรรค \*กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร 3 ตัวแรกของเดือน เช่น Sep, Jan เป็นต้น กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้อักษรย่อของเดือน

**ตัวอย่าง** Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

9. เลขหน้า ให้ระบุเลขหน้าตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย คั่นด้วยเครื่องหมายติงศานุภาค ( - ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . ) หลังเลขหน้าสุดท้าย โดยเลขหน้าสุดท้ายให้ใส่เฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขหน้าแรก ยกเว้นเลขโรมัน หรือเลขหน้าที่มี ตัวอักษรต่อท้ายให้ระบุเลขโดยไม่ต้องตัดเลขหน้าออก กรณีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกันให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ( , )

**ตัวอย่าง** หน้า 7-29 ให้ใส่ 7-29. หน้า 980-983 ให้ใส่ 980-3. หน้า 325A-329A ให้ใส่ 325A-329A.  
หน้า 20-29 ให้ใส่ 20-9. หน้า xi-xii ให้ใส่ xi-xii. หน้า 2, 4, 7 ให้ใส่ 2, 4, 7.

10. การระบุความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้เขียนตามประเภทของเอกสารนั้นๆ และเพิ่มเติมข้อมูลที่แสดง ความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์หลักๆ 3 ส่วน ได้แก่

10.1 ประเภทของสื่อ: ให้ระบุประเภทของสื่อไว้ในวงเล็บเหลี่ยมหลังชื่อเรื่อง เช่น [อินเทอร์เน็ต] หรือ [Internet] [ซีดีรอม] หรือ [CD-ROM] [ดีวีดี] หรือ [DVD] เป็นต้น โดยย้ายเครื่องหมายมหัพภาค ( . ) หลังชื่อเรื่องไปไว้หลังวงเล็บเหลี่ยม แทน

10.2 วันที่เข้าถึง: เนื่องจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อาจมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้เสมอ จึงต้องระบุวันที่เข้าถึงไว้ด้วย โดยหลังปีพิมพ์ของรายการอ้างอิงให้ระบุในวงเล็บเหลี่ยมไว้ว่า [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ กรณีที่แหล่งข้อมูลมีการแจ้งวันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด สามารถเพิ่มข้อมูลดังกล่าวไว้ในวงเล็บเหลี่ยมข้างต้น โดยให้ระบุเพิ่มไว้ด้านหน้า ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค ( ; ) เว้น 1 วรรค ดังนี้ [ปรับปรุงเมื่อ วัน เดือน ปี; เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [updated ปี เดือน วัน; cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ

10.3 แหล่งที่มาของข้อมูล: ให้ระบุ URL ของแหล่งที่มาของข้อมูล ไว้ท้ายรายการอ้างอิง โดยใช้คำว่า “เข้าถึงได้จาก: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาไทย หรือ “Available from: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ หลัง URL ของแหล่งข้อมูลไม่ต้องตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค ( . )

**ตัวอย่าง** นาดยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัสคุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเซอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22):78-90. เข้าถึงได้จาก: <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268>



## การอ้างอิงตามประเภทของเอกสาร

ในที่นี้ขอนำเสนอเฉพาะเอกสารที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้อ้างอิง สำหรับเอกสารประเภทอื่นๆ ดูรายละเอียดได้จากวิธีการอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ โดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) ที่ [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

### หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

#### ตัวอย่าง

1. สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกสกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์; 2563.
2. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002.
3. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
4. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

### หนังสือที่มีทั้งผู้แต่งและบรรณาธิการหรือผู้แปล

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. หรือ ชื่อผู้แปล, ผู้แปล/translator/translators. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

#### ตัวอย่าง

1. นภลัย สุวรรณธาดา, อิดา โมสิกรัตน์, สุมาลี สังข์ศรี. การเขียนผลงานวิชาการและบทความ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม. ประสิทธิ์ ฤทธิธรรม, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553.
2. บาเบอร์ ทีเอฟ, อิกกินส์-บิตเติล เจซี. การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ตีความแบบเสี่ยงและผู้ตีความอันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ, ศิลปะกิจ, ผู้แปล. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

### หนังสือที่มีเฉพาะบรรณาธิการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

#### ตัวอย่าง

1. ชนิกา ตูจินดา, สุริยเดว ทรีปาตี, ปิยะดา ประเสริฐสม, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกอย่างไร ห่างไกลโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมมีส์กรุ๊ป; 2547.
2. Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

## ๒. บทความวารสาร

### 1. วารสารที่ใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีพิมพ์;เล่มที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

#### ตัวอย่าง

1. Figueroa JV, Chieves LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for erection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.
2. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2009; 361:298-9.

## ๒. วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.

\*ประเภท/ระดับปริญญา เช่น วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรดุษฎีบัณฑิต dissertation, thesis, Ph.D. เป็นต้น

#### ตัวอย่าง

1. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
2. สุวลักษณ์ หนูสัมฤทธิ์. การศึกษาและพัฒนาพืชอภัยภูธรไทยเสมือนจริงบนบรรจุภัณฑ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
3. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

## ● บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน];เล่มที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

#### ตัวอย่าง

1. นาดยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัส คุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเชอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22): 78-90. เข้าถึงได้จาก: <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268>
2. Happell B. The influence of education on the career preferences of undergraduate nursing students. Aust Electron J Nurs Educ [Internet]. 2002 Apr [cited 2007 Jan 8];8(1):[about 12 p.]. Available from: [http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/vol8-1/refereed/happell\\_max.html](http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/vol8-1/refereed/happell_max.html)

## การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็น ไฟล์ข้อมูลต้นฉบับ 2 ไฟล์ คือ Microsoft Word 1 ไฟล์ และไฟล์ PDF 1 ไฟล์ ควรแจ้งรายละเอียด สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการสามารถจะติดต่อได้สะดวก

## การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรบทความของท่านเองในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

## กำหนดการรับต้นฉบับ และกำหนดการออกของวารสาร

กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกเล่มภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกเล่มภายใน 30 ธันวาคม)

**\*\*ในกรณีบทความเต็มก่อนเวลาปิดรับ ขออนุญาตปิดรับก่อนเวลา\*\***

## การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง

คุณอาภากร เอ็มโอฐ

งานห้องสมุด โรงพยาบาลกำแพงเพชร

**e-mail : kphlibrary@gmail.com**

**โทรศัพท์ (055) 022000 - 29 ต่อ 1403**

**รับชอบ ชื่อสัตย์ มีน้ำใจ**