



โรงพยาบาลขอนแก่น  
Khon Kaen Hospital

# วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการ ระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System  
Management Khon Kaen Hospital



ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2567  
VOL.2 NO.4 : OCTOBER - DECEMBER 2024

ISSN:2822-082X (Print)  
ISSN: 2822-0846 (Online)

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2567

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ

โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System Management

Khon Kaen Hospital

ปีที่ 2 ฉบับที่ 4: ตุลาคม - ธันวาคม 2567

Vol. 2 No.4: October - December 2024

ชื่อหนังสือ วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น  
เจ้าของ โรงพยาบาลขอนแก่น  
ISSN 2822-082X (Print) 2822-0846 (Online)  
พิมพ์ที่ โรงพยาบาลขอนแก่น  
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2567

## ทีมบรรณาธิการ

### ที่ปรึกษา

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น  
พว.พินรัฐ จอมเพชร พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น

### บรรณาธิการ

นพ.กฤษ สาลัง นายแพทย์ชำนาญการ  
ดร.ผณีแก้ว คลังคา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

### รองบรรณาธิการ

ดร.กฤษณ์พิชญ์ โคตรประทุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
ดร.ธีรากร มณีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น  
ดร.รติอร พรกุกุม่า พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดารุณี จงอุตมการณ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รศ.ดร.กล้าเผชิญ โชคบำรุง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
รศ. ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ผศ.ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ดร.สุพัฒนา ศักดิ์ฐานนท์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
ดร.ทิพรัตน์ อุดเมืองเพียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น  
ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น  
ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีมหาสารคาม  
ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีศรีมหาสารคาม

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุเพียร โภคทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร. ธิติรัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ดร.พรรณนิภา ไชยรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขก.
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ขก.
ดร.มลิวัดย์ อังคะนิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ร้อยเอ็ด
ดร.อุบล จ๋วงพานิช	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ดร.นิภาพร ละครวงค์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยโสธร
ดร.ผณีแก้ว คลังคา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.ธิรากร มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.นิตยา ศรีสุทธิกมล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.รติอร พรกฤษณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.อุมาภรณ์ สอนปัญญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.นิตานาถ ชีรพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.สุภาพรณี ตันต์สุระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.ศิริราณี คำอู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.รัตนา ทองแจ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.เพชรภรณ์ ประสารฉ่ำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น

**ฝ่ายจัดการ**

ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.รัตนา ทองแจ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
พว.อุไรลักษณ์ พิมพ์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
นางสาวศรุตตา ใจชื้อ	นักวิชาการการศึกษา

## สารบัญ

### นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน  
ศูนย์แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น 1-15

Effectiveness of the Competency Development Program for Caregivers of  
Dependent Elderly People (Homebound) at Mittraphap Medical Center, Khon  
Kaen Province

*อาภาพรรณ มงคลอินทร์ , นิตยา ศรีสุทธิกมล*

*อรวรรณ ดวงมังกร*

*Apapan Mongkon-inn, Nittaya Srisutthikamol,*

*Aurawan Doungmungkorn*

### กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่  
: กรณีศึกษา 2 ราย 16-28

Nursing Care for Patients with Tubo-Ovarian Abscess: Two Case Studies

*ณัฐชานันท์ พงศ์สุวรรณเขต*

*Natchanan Pongsuwankhet*

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง  
: กรณีศึกษา 2 ราย 29-42

Nursing Care for Patients with Cerebral Aneurysm: Two Case Studies

*บัติตา ทองบัวบาน*

*Bantita Tongbuaban*

การพยาบาลทารกที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก  
: กรณีศึกษา 2 ราย 43-53

Nursing Care for Infants with Anorectal Malformations: Two Case Studies

*บุญณดา ขาวงาม*

*Bunnada Khowngam*

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีสารคีโตนคั่ง 54-65  
: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Diabetic Patients with Diabetic Ketoacidosis: Two Case Studies

*เบญจวรรณ เมืองแก้ว*

*Benjawan Muangkao*

การพยาบาลผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด 66-79  
: กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care for Adolescent Mothers with Preterm Labor: Two Case Studies

*ปราณี นามทานวล*

*Pranee Numhanual*

## ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ศูนย์แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น

อาภาพรรณ มงคลอินทร์ ศศ.ม.\*

นิตยา ศรีสุทธิกมล ปร.ด.\*\*

อรวรรณ ดวงมังกร ปร.ด.\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ปัจจุบันประเทศไทย เข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) นับเป็นความท้าทายที่กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพต้องบูรณาการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขภาวะ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ศูนย์แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one Groups Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสุขภาพดี อายุไม่เกิน 75 ปี และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน กลุ่มละ 26 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างสิงหาคม - ตุลาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแบบสอบถามผู้สูงอายุ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

**ผลการศึกษา:** 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ด้านความรู้ทั่วไป) สูงกว่าก่อนการโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=5.52, p < 0.001$ ) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้การฟื้นฟูสภาพ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -1.731, p = 0.083$ ) 2) ทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีระดับการปฏิบัติถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ ทักษะวิธีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อติด ทักษะวิธีพาลูกนั่งจากท่านอน และทักษะวิธีลุกท่านั่งจากท่านอน 3) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.49, p < 0.05$ )

**ข้อเสนอแนะ:** ควรมีศึกษาเพื่อติดตามความรู้ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในระยะยาว และ พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัด โดยเพิ่มระยะเวลาการฝึกปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Effectiveness of the Competency Development Program for Caregivers of Dependent Elderly People (Homebound) at Mittraphap Medical Center, Khon Kaen Province

Apapan Mongkon-inn M.A.\*

Nittaya Srisutthikamol Ph.D.\*\*

Aurawan Doungmungkorn Ph.D.\*

### Abstract

**Introduction:** Thailand has now entered a complete aged society, posing a challenge for healthcare providers to integrate care for dependent elderly people, ensuring they can live healthy lives.

**Objective:** To investigate the effectiveness of the competency development program for caregivers of dependent elderly people (homebound) at Mittraphap Medical Center, Khon Kaen Province

**Methods:** This was quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design. The samples consisted of two groups: 1) 26 caregivers of elderly people, aged 75 years or younger, and 2) 26 dependent elderly people (homebound). The study was conducted between August and October 2024. The research instrument was a competency development program for caregivers of dependent elderly people (homebound). The data collection instruments included a questionnaire for caregivers of elderly people, an elderly care knowledge assessment form, an elderly caregiver skills assessment form, and a questionnaire for elderly people. The analysis compared the differences in the elderly caregivers' knowledge scores and the mean scores of the elderly people's activities of daily living before and after receiving the program, using the Wilcoxon signed-rank test.

**Results:** The mean score of knowledge in caring for dependent elderly people (general knowledge) was significantly higher after the program compared to before ( $t = 5.52, p < 0.001$ ). The mean score of knowledge in rehabilitation also increased after the program, but the difference was not significant ( $Z = -1.731, p = 0.083$ ). 2) The rehabilitation skills for dependent elderly people demonstrated by the caregivers, with the highest level of correct practice, included joint movement to prevent joint stiffness, helping the elderly stand up from a lying position, and assisting the elderly to stand from a sitting position. 3) The mean score of the elderly people's activities of daily living significantly increased after using the program ( $Z = -4.49, p < 0.05$ ).

**Recommendations:** A longitudinal study should be conducted to monitor the knowledge and skills of caregivers of elderly people, as well as the elderly's ability to perform activities of daily living over time. Additionally, a specialized training program for physical therapy rehabilitation should be developed, with an extended training period and ongoing monitoring and evaluation.

**Keywords:** Competency development program, caregivers of elderly people, dependent elderly people (homebound)

---

\* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

\*\*Registered Nurse, Senior Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2567 และคาดว่าจะขยับเป็นสังคมสูงอายุแบบสุดยอด (Super Aged Society) หรือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2576<sup>1</sup> การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทำให้บุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของร่างกาย มีผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุด้วย เช่น การขาดรายได้จากการทำงาน ท้อแท้ มีความกังวลที่ถือว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต เกิดความเหงา จากการศึกษาข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น พบว่า จำนวนประชากรกลุ่มสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2565 - 2567 มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวน 11,378; 10,905 และ 14,048 คน ตามลำดับ<sup>2</sup> ในปี 2567 จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนประชากร 1,336,875 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 319,829 คน คิดเป็นร้อยละ 23.92 และในเขตเทศบาลนครขอนแก่นมีผู้สูงอายุจำนวน 17,839 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำนวน 524 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94<sup>3</sup>

จากการประเมินผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ในพื้นที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 64, 88 และ 96 คนตามลำดับ<sup>3</sup> จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบอบการแพทย์ของโรคเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อเฉียบพลันรวมทั้งเป็นโรคไม่ติดต่อไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งนำมาสู่ภาวะทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ จึงต้องการได้รับการดูแลแบบต่อเนื่องในระยะยาวด้านสาธารณสุข อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถเข้าถึงระบบ

บริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ครัวเรือนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากบุตรหลานที่เป็นวัยแรงงานชายและหญิงต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ตลอดจนสังคมเมืองมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุแยกกันอยู่กับคู่สมรสหรือเสียชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรือตามลำพังเพิ่มมากขึ้น หากเปรียบเทียบสัดส่วนของประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน จึงพบว่ามีสัดส่วนลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลให้ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากยิ่งขึ้น<sup>4</sup> ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องจัดการอย่างเร่งด่วน

ตั้งแต่ ปี 2559 ผู้วิจัยเป็นเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการปฐมภูมิศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเมืองมิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น ที่ได้พัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในฐานะผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพซึ่งต้องดูแลด้านการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานการให้บริการที่บ้าน ตามชุดบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่เขตรับผิดชอบ โดยทำหน้าที่หลักในการออกแบบพัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและประสานการทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอย่างมีคุณภาพ และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นทีมงานที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลรายบุคคล จากข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้างแต่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านยังขาดความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุทำให้เข้าใจถึงสภาพปัญหาว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโครงการรูปแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดและสมองในระยะยาว พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความกังวล

ใจ ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจว่าจะให้คำแนะนำหรือดูแลผู้ป่วย  
อย่างไร อยากรู้จักเพิ่มเติม<sup>5</sup>

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะมีบทบาทหน้าที่เป็น  
ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ที่ต้องบริหารจัดการและประสาน  
การดูแลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลระยะ  
ยาว ตามชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนระบบของการดูแล  
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสาธารณสุข  
รวมทั้งการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบการดูแล  
ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของ  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การบริหารจัดการและการกำกับติดตาม  
การดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และประเมินแผนงานและผล  
การปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงและพัฒนา จึง  
เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนา  
สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ให้มี  
ความรู้ และทักษะปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง  
เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญในทีมให้การ  
ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับทีมหมอครอบครัว ที่จะส่งผล  
ดีต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแล  
ปลอดภัย ตอบสนองการดูแลที่จำเป็นในการดำรงชีวิต  
และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก:

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา  
สมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ศูนย์  
แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์รอง:

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่  
มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง  
การใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

2. เพื่อศึกษาระดับทักษะพื้นฐานสมรรถภาพ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
หลังอบรมการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการ  
ประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม

ติดบ้าน ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
กลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังจากใช้โปรแกรม  
สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

2. คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตร  
ประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน  
ภายหลังจากใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม  
พัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ทฤษฎี  
การเรียนรู้ของ Bloom<sup>6</sup> ที่มีความเชื่อว่า การเรียนการ  
สอนที่จะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอน  
ต้องกำหนดจุดมุ่งหมายทางการศึกษาให้ชัดเจนซึ่งมีทฤษฎี  
การเรียนรู้ตามแนวพฤติกรรมและจิตวิทยาพื้นฐานของ  
มนุษย์เป็นพื้นฐาน ซึ่งการเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการ  
เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่  
ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจาก  
ประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่ผลจากการตอบสนอง  
ตามธรรมชาติหรือสัญชาตญาณ วุฒิภาวะ หรือความ  
บังเอิญ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจะต้องเปลี่ยนแปลงอย่าง  
ค่อนข้างถาวร จึงจะถือว่าเกิดการเรียนรู้ขึ้น การ  
เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชั่วคราวยังไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้  
หากบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้คิด  
(Cognitive Domain) หมายถึง การเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหา  
สาระใหม่ ก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจ  
สิ่งแวดลอมต่างๆ ได้มากขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่  
เกิดขึ้นในสมอง

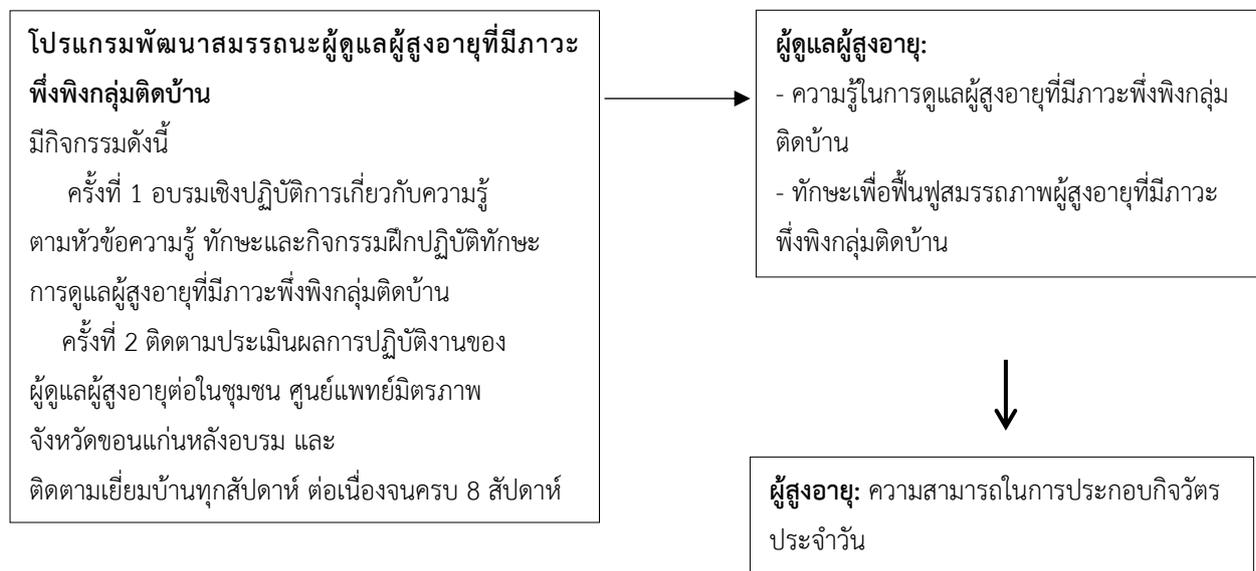
2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก  
ทัศนคติ ค่านิยม (Affective Domain) หมายถึง เมื่อ  
บุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ก็ทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึก  
ทางด้านจิตใจ ความเชื่อ ความสนใจ

3. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย  
(Psychomotor Domain) หมายถึง การที่บุคคลได้เกิด

การเรียนรู้ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และเกิดความรู้สึกรู้สึกคิด ค่านิยม ความสนใจด้วยแล้ว ได้นำเอาสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติ จึงทำให้เกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้น เช่น การใช้มือ การใช้ร่างกาย เป็นต้น

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะและทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)<sup>6</sup> ใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม ดังนั้น โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน จะต้องอาศัยความรู้ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และ

**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one Groups Pretest-Posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ศูนย์แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2567

### กลุ่มตัวอย่าง

ทักษะที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และความทุ่มเทในการดูแล ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้เรียนรู้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน และเกิดความเชื่อมั่นว่า ตนมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านได้ดี ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

### กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

#### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis<sup>7</sup> ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (Matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนด

อิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 26 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 70 ชั่วโมง ตั้งแต่ปี 2560 - 2566 ในเขตศูนย์แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น 2) มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอยู่ในความดูแล และ 3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถร่วมดำเนินการวิจัยได้ อาสาสมัครขอถอนตัวจากงานวิจัย

#### กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน อาศัยอยู่ในเขตศูนย์แพทย์มิตรภาพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 26 คน ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างตามการคำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) สามารถเคลื่อนไหวได้บ้าง แต่มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย และไม่มีภาวะสับสน มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกาย อยู่ในช่วง 5 - 10 คะแนน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) 2) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีภาวะตาบอดและหูตึงรวมทั้งไม่มีภาวะสมองเสื่อม และ 3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถร่วมดำเนินการวิจัยได้ เนื่องจากอาการทรุดลงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เสียชีวิต และอาสาสมัครขอถอนตัวจากงานวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย คือโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้ Bloom<sup>6</sup> ที่ได้กล่าวว่าการเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย 3

องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะคิและทักษะหรือการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ต้องอาศัยความรู้ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และความทุ่มเทในการดูแลส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดี ในงานวิจัยนี้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 การให้ความรู้และฝึกทักษะตามโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน หลักสูตร 1 วัน ประกอบด้วย

1.1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุและนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

1.1.2 การฝึกทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านโดยฝึกปฏิบัติทักษะเกี่ยวกับการฟื้นฟูกล้ามเนื้อ ดังนี้ 1) วิธีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อติด 2) การจัดทำเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) วิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ 4) วิธีพาลูกนั่งจากท่านอน 5) วิธีลุกยืนจากท่านั่ง และ 6) การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (หลักสูตร 1 วัน) โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุเป็นวิทยากร

1.2 การติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อในชุมชนหลังอบรม โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ต่อเนื่องจนครบ 8 สัปดาห์ และประเมินทักษะกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วยทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะวิธีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อติด 2) ทักษะการจัดทำเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) ทักษะวิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ 4) ทักษะวิธีพาลูกนั่งจากท่านอน 5) ทักษะวิธีลุกยืนจากท่านั่ง และ 6) ทักษะการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

#### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด รายละเอียด ดังนี้

### 2.1 แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีข้อความจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการผ่านการอบรม และระยะเวลาการทำงานในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.1.2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้ประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการอบรม (หลักสูตร 1 วัน) ผู้วิจัยได้ดัดแปลงเนื้อหาจากแบบสอบถามในคู่มือผู้ดูแลผู้ที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเอง<sup>15</sup> ให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งดัดแปลง 2 ข้อ คือ ข้อ 17 และ ข้อ 19 การวัดความรู้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพื้นฐานตัวตนเอง การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลโภชนาการ การดูแลผู้ที่มีอุปกรณ์การแพทย์ และการใช้ยา คำถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ สองตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน

2.1.3 แบบประเมินความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน โดยมีเนื้อหาการวัดครอบคลุมหัวข้อความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ<sup>14</sup> มีจำนวนข้อความ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ให้เลือกตัวเลือกที่ถูกต้องที่สุด ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาได้ค่า.80

2.1.4 แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน หลังจากการอบรมให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านครบ 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ต่อเนื่องให้ครบ 8 สัปดาห์ เพื่อประเมินทักษะกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุขณะให้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 6 ทักษะ<sup>14</sup> รวมทั้งสิ้น 50 ข้อ ในการประเมินทักษะแต่ละข้อ ผู้วิจัยให้ค่าคะแนน 3 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ คะแนน 1 หมายถึง ปฏิบัติแต่ไม่สมบูรณ์

ครบถ้วน คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้องสมบูรณ์ ครบถ้วน โดยผู้วิจัยลงค่าคะแนนตามระดับที่ปฏิบัติได้ในช่องรายการ checklist แต่ละทักษะที่ประเมินจะมีค่าคะแนนเต็ม ดังนี้

1) ทักษะวิธีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อ  
ติดมี 15 ข้อ = 30 คะแนน

2) ทักษะการจัดท่าเพื่อลดและ  
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน 10 ข้อ = 20 คะแนน

3) ทักษะวิธีการออกกำลังกายเพื่อ  
เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ 10 ข้อ = 20 คะแนน

4) ทักษะวิธีพาลูกนั่งจากท่านอน 5  
ข้อ = 10 คะแนน

5) ทักษะวิธีลุกยืนจากท่านั่ง 5 ข้อ  
= 10 คะแนน

6) ทักษะการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 5  
ข้อ = 10 คะแนน

การแปลผล ผู้วิจัยได้นำค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะที่ประเมินได้ไปคิดเป็นร้อยละ และแปลผลแบ่งเป็นระดับเป็น 4 ระดับ ดังนี้<sup>16</sup>

คะแนน  $\geq 80\%$  =

ระดับถูกต้องมากที่สุด

คะแนน 70.00-79.00% =

ระดับถูกต้องมาก

คะแนน 60.00-69.99% =

ถูกต้องปานกลาง

คะแนน  $\leq 59.99\%$  =

ถูกต้องน้อย

### 2.2 แบบสอบถามผู้สูงอายุ คือ แบบประเมิน

คะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ซึ่งมีลักษณะเป็นการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 กิจกรรม

### คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ดัดแปลงและขอยืมเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง จากงานวิจัยอื่นแล้วทุกชุด ซึ่งถือว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานในงานวิจัย นอกจากนี้ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 10 คน ในพื้นที่ชุมชนศูนย์บริการสาธารณสุขสุขโนนชัย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.88

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่ออธิบายถึงโครงการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ได้แก่

2.1 กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการตามโปรแกรมฯ แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 1 วัน

5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการอบรม ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโดยใช้ทักษะ 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิธีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อติด 2) การจัดทำเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) วิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ 4) วิธีพาลูกนั่งจากท่านอน 5) วิธีลุกยืนจากท่านั่ง และ 6) การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องจนครบ 8 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การปรึกษาการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 6 ทักษะ อย่างถูกต้องต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จนครบ 8 สัปดาห์

7. ผู้วิจัยติดตามประเมินผล ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ ได้แก่

7.1 ประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้แบบสอบถามประเมินก่อนและหลังการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและทักษะด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เมื่อสิ้นสุดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

7.2 ประเมินความสามารถด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านจำนวน 26 คน ภายหลังจากที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลฟื้นฟูสุขภาพจนครบตามโปรแกรมฯ โดยใช้แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลเป็นการแจกแจงไม่ปกติ

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความสามารถความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลเป็นการแจกแจงไม่ปกติ และกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 30 ราย

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2567 เลขที่โครงการวิจัย KEF67022 ผู้วิจัยพหุศาสตร์สหศาสตร์กลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา การดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีการบังคับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา และข้อมูลการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย นำเสนอในภาพรวม และใช้เป็นประโยชน์เฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น

#### ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 26)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	หญิง	22	84.6
	ชาย	4	15.4
อายุ (ปี)	< 69	25	96.2
	70-79	1	3.8
	(Mean 61.38, S.D. 1.36)		
สถานภาพสมรส	โสด	4	15.4
	คู่	15	57.7
	หม้าย/หย่า	7	26.9
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	6	23.1
	มัธยมต้น	8	30.8
	มัธยมปลายขึ้นไป	12	46.1
อาชีพ	ไม่ได้ทำ	2	7.7
	แม่บ้าน/พ่อบ้าน	9	34.6
	รับจ้าง	10	38.5
	ค้าขาย	4	15.4
	เกษตรกรกรรม	1	3.8
รายได้ต่อเดือน	พอใช้	10	38.5
	ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้	11	42.3
	ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	5	19.2

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 22 คน, ร้อยละ 84.6) มีอายุน้อยกว่า 69 ปี (ร้อยละ 96.2) โดยมีอายุเฉลี่ย 61.38 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ (จำนวน 15 คน, ร้อยละ 57.7) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมปลายขึ้นไป (จำนวน 12 คน, ร้อยละ 46.1) ประกอบอาชีพรับจ้าง (จำนวน 10 คน, ร้อยละ 38.5) และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน (จำนวน 11 คน, ร้อยละ 42.3) ด้านข้อมูลประสบการณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาผ่านการอบรมน้อยกว่า 5 ปี (จำนวน 11 คน, ร้อยละ 42.3) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 5 ปี (จำนวน 10 คน, ร้อยละ 38.5) รายละเอียดแสดงใน ตารางที่ 1

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาผ่านการอบรม	น้อยกว่า 5 ปี	11	42.3
	5-10 ปี	10	38.5
	มากกว่า 10 ปี	5	19.2
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ (ปี)	น้อยกว่า 5 ปี	10	38.5
	5-10 ปี	7	26.9
	มากกว่า 10 ปี	9	34.6

## 2. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ด้านความรู้ทั่วไป ภายหลังจากใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ด้านความรู้ทั่วไป) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน โดยที่ก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 14.85 (Mean = 14.85, S.D. = 1.93) หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 17.57 (Mean = 17.57, S.D. = 1.33) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ด้านความรู้ทั่วไป) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ด้านความรู้ทั่วไป) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=5.52, p < 0.001$ )

ด้านความรู้การฟื้นฟูสภาพ ภายหลังจากใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ด้านความรู้การฟื้นฟูสภาพ) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน โดยที่ก่อนการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 6.3 (Mean = 6.3, S.D. = 1.49) หลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 7.00 (Mean = 7.00, S.D. = 1.33) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ด้านความรู้การฟื้นฟูสภาพ) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (ด้านความรู้การฟื้นฟูสภาพ) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -1.731, p = 0.083$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน (n = 26)

ข้อมูล	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	Z	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านความรู้ทั่วไป (20 คะแนน)	14.85	1.93	17.57	1.33	5.52		< 0.001*

ข้อมูล	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		t	Z	P-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ด้านความรู้การฟื้นฟูสภาพ ด้วยวิธีกายภาพบำบัด (10คะแนน)	6.30	1.49	7.00	1.79		-1.731	0.083

\*p < 0.05

3. ทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม  
ติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษาทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะด้านวิธีพาลูกนั่งจากท่านอน  
มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.76 คิดเป็นร้อยละ  
87.60 อยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด รองลงมาคือทักษะ  
วิธีลุกท่านั่งจากท่านอน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 8.69 คิด  
เป็นร้อยละ 86.90 อยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด และ  
ทักษะวิธีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อติด มีค่าเฉลี่ยคะแนน

เท่ากับ 24.00 คิดเป็นร้อยละ 80.00 อยู่ในระดับถูกต้อง  
มากที่สุด ส่วนทักษะที่มีค่าคะแนนในระดับถูกต้องมาก  
ได้แก่ การจัดทำเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน มี  
ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.30 คิดเป็นร้อยละ 76.50 และ  
การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 7.38 คิด  
เป็นร้อยละ 73.80 ทักษะที่มีค่าคะแนนต่ำที่สุดคือ วิธีการ  
ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ มีค่าเฉลี่ยคะแนน  
เท่ากับ 13.77 คิดเป็นร้อยละ 68.85 อยู่ในระดับถูกต้อง  
ปานกลางซึ่งเป็นทักษะเดียวที่อยู่ในระดับถูกต้องปาน  
กลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และระดับทักษะฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการ  
อบรม (n = 26)

ทักษะ	ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ	ระดับปฏิบัติ
1. ทักษะวิธีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อติด	24.00	80.00	ถูกต้องมากที่สุด
2. ทักษะการจัดทำเพื่อลดและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	15.30	76.50	ถูกต้องมาก
3. ทักษะวิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ	13.77	68.85	ถูกต้องปานกลาง
4. ทักษะวิธีพาลูกนั่งจากท่านอน	8.76	87.60	ถูกต้องมากที่สุด
5. ทักษะวิธีลุกท่านั่งจากท่านอน	8.69	86.90	ถูกต้องมากที่สุด
6. ทักษะการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	7.38	73.80	ถูกต้องมาก

4. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของ  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน

ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ต่อเนื่องจน  
ครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม  
ติดบ้าน โดยใช้แบบประเมินคะแนนการปฏิบัติกิจวัตร  
ประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน  
(ADL) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถ  
ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สูงกว่าก่อนการใช้

โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง  
กลุ่มติดบ้าน โดยที่ก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ  
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน กลุ่มตัวอย่าง  
ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบ  
กิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 6.38 (Mean = 6.38, S.D. =  
0.80) ภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมี  
ค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน  
เท่ากับ 8.08 (Mean = 8.08, S.D. = 1.32) เมื่อ  
เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถใน

การประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.49$ ,  $p < 0.05$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ( $n = 26$ )

ข้อมูล	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		Wilcoxon signed rank test (Z)	P
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน	6.38	0.80	8.08	1.32	-4.49	0.05

\* $p < 0.05$

#### การอภิปรายผล

1. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภายหลังจากใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ประสิทธิภาพของโปรแกรมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านต่อด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า ภายหลังจากใช้โปรแกรมโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลมีระดับคะแนนความรู้ทั่วไปเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 สอดคล้องกับผลการศึกษา 2 เรื่อง<sup>9</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงอายุมิภาวะพึ่งพิงที่ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้และทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อธิบายได้ว่าการเรียนรู้ของบุคคลประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ และทักษะหรือการปฏิบัติ<sup>6</sup> ดังนั้นการพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องอาศัยความรู้ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีการแสดงพฤติกรรมเหมาะสม

มุ่งเน้นในการดูแล ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดีด้วย อย่างไรก็ตาม ความรู้ด้านฟื้นฟูสภาพกายภาพบำบัดไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญแม้ว่าคะแนนเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นจาก 6.30 เป็น 7.00 ซึ่งผู้ดูแลอาจเคยได้รับความรู้ในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยวิธีการทางด้านกายภาพบำบัดมาบ้าง แต่จดจำรายละเอียดได้ไม่ครบทั้งหมด เนื่องจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 40- 69 ปี ร่วมกับส่วนใหญ่ผ่านการอบรมในช่วง 5-10 ปี และการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลาเพียง 70 ชั่วโมง ซึ่งต้องเรียนรู้ในหลายหัวข้อในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีหัวข้อด้านกายภาพบำบัดเป็นหนึ่งในหัวข้อนั้น เนื่องจากเนื้อหาด้านกายภาพบำบัดมีความซับซ้อนและต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นไม่สามารถจดจำความรู้ด้านกายภาพบำบัดได้ถูกต้องและครบถ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาวี แป้นทองและคณะ<sup>10</sup> พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการอบรม โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้และการปฏิบัติด้านกายภาพบำบัด มีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมด้านทักษะด้านกายภาพบำบัดจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติซ้ำๆ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ด้าน

ทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการอบรม ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับงานวิจัย<sup>10</sup> ที่ระบุว่าโปรแกรมที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลของผู้ดูแลได้

2. ผลการศึกษาทักษะเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีทักษะในระดับถูกต้องมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ วิถีพาลูกนั่งจากท่านอน (ร้อยละ 87.60) วิถีลูกทำนั่งจากทำยืน (ร้อยละ 86.90) และวิถีเคลื่อนไหวข้อป้องกันข้อติด (ร้อยละ 80.00) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom<sup>6</sup> ที่ระบุว่า การเรียนรู้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้ ทักษะ และทักษะหรือการปฏิบัติ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Psychomotor Domain) ที่เกิดจากการนำความรู้และความเข้าใจไปปฏิบัติจนเกิดทักษะและความชำนาญส่วนทักษะที่อยู่ในระดับถูกต้องมาก ได้แก่ การจัดทำเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ร้อยละ 76.50) และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ร้อยละ 73.80) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวี เบ็นทอง และคณะ<sup>10</sup> ที่พบว่าโปรแกรมที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลของผู้ดูแลได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของนภานุช บุญศิริมงคล<sup>11</sup> ที่พบว่าการพัฒนาทักษะผู้ดูแลอย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ทักษะเหล่านี้ยังต้องการการฝึกฝนเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความชำนาญมากขึ้นสำหรับทักษะวิธีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ มีค่าคะแนนต่ำที่สุดและอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง (ร้อยละ 68.85) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเนตรนภา กาบมณีและคณะ<sup>13</sup> ที่พบว่าจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมอย่างน้อย 6 เดือนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทักษะดังกล่าวมีความซับซ้อนและต้องการการฝึกปฏิบัติที่มากกว่าทักษะอื่นๆ

3. คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านภายหลังการใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้านสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม พบว่าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะ ผู้สูงอายุมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จากคะแนนเฉลี่ย 6.38 เป็น 8.08 สอดคล้องกับการศึกษาของนภานุช บุญศิริมงคล<sup>11</sup> ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลในพื้นที่อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย พบว่าระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง (ADL) มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล<sup>9</sup> เรื่องประสิทธิผลโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตากโดยประยุกต์ใช้ แนวคิดการรับรู้สุขภาพ (Health perception theory) การเสริมสร้างความสามารถ แห่งตนของ Bandura Self efficacy) และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และจากการนำโปรแกรมการ ที่พบว่าการพัฒนาความรู้และทักษะผู้ดูแลช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุติดบ้านได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของเยาวภา สีตอกบวบ พะเยา พรหมดี ขวัญจิต คงพุดิคุณ และ ธนาภา ฤทธิวงษ์ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า ภายหลังจากระยะเวลา 1 เดือน เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนาผู้ช่วยเหลือดูแล ไม่แตกต่างกัน<sup>12</sup> ซึ่งจะ เห็นได้ว่างานวิจัยดังกล่าวมีการติดตามประเมินประสิทธิผล ภายหลังจากระยะเวลา 1 เดือน และการศึกษาของ เนตรนภา กาบมณี และคณะ ที่พบว่าการอบรมผู้ดูแลแบบระยะสั้นไม่ส่งผลต่อคะแนน ADL ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ที่พบว่าต้องใช้โปรแกรมที่มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงของ

ADL อย่างชัดเจน<sup>13</sup> ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของระยะเวลาและรูปแบบการจัดโปรแกรม รวมถึงบริบทของพื้นที่ศึกษา

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี

2. ควรพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพบำบัด โดยเพิ่มระยะเวลาการฝึกปฏิบัติและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าทักษะด้านนี้ยังไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาโปรแกรมให้ตอบสนองความต้องการได้ดียิ่งขึ้น

4. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น ระยะเวลาการฝึกอบรม รูปแบบการสอน การติดตามประเมินผล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

- Petmak S. Thai society's crisis or opportunity? [Internet]. National Health Commission Office; 2024 [cited 2024 Dec]. Available from : <https://www.nationalhealth.or.th/th>
- Health Data Center. Khon Kaen Provincial Health Office [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 15]. Available from: <https://www.kkpho.go.th/index.php>
- Khon Kaen Municipality. Long-term public health care plan for dependent people in Khon Kaen 2023. Khon Kaen: Khon Kaen Municipality; 2023.
- Department of Health, Public Health Ministry. Manual for training guidelines for caregivers of

the elderly (Caregiver), 70-hour course, revised 2024. [In Thai]. 2024.

- Jongudomkarn D, Camfield L. Exploring the quality of life of people in North Eastern and Southern Thailand. Soc Indic Res. 2006;78(3):489-529.
- Bloom BS, editor. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, Handbook 1: The cognitive domain. New York: David McKay; 1964.
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175-191. doi:10.3758/BF03193146
- Polit DF, Beck CT. Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
- Petmak S. Thai society's crisis or opportunity? [Internet]. National Health Commission Office; 2024 [cited 2024 Dec]. Available from : <https://www.nationalhealth.or.th/th>
- Abdullakassim W, Panthong A, Wattanaburanon P, Chotigawin R. Effectiveness of a Self-Efficacy Program on Knowledge, Practices and Expectations on Elderly Care in relation to Physical Therapy of Caregivers in Tambon Takasem, Meuang District, Sa Kaeo Province. J Sakaeo Hosp. 2021;36(2):15-24.
- Boonsirimongkon N. Effectiveness of the program for developing skills in caring for the elderly regarding dependency on care skills of caregivers in the area of Pa Daet District, Chiang Rai Province. J Chiang Rai Prov Health Off. 2024;1(3):24-36.

12. Seedokbaub Y, Promdee P, Kongputtikul K, Rittiwong T. The Effectiveness of a competency development program of caregivers for the care of dependent older adults, Muang District, Nong Bua Lamphu province. *J Health Sci Res.* 2023;17(2):99-110.
13. Kabmanee N, Khoyun S, Phisaiphanth S. The Development Model for Enhancing Capabilities of Caregivers for Dependent Elderly in the New Normal Era. *J Sakon Nakhon Hosp.* 2024;27(3):57-69.
14. Institute of Neurology. Guideline for management of stroke. 2016.
15. Sirisonthi C. Handbook for caregivers who care for dependent people. Bangkok; 2014. [In Thai].
16. Oba N, Homsuwan R, Boonlue C. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.* 2021;29(1):15-23.

## การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่: กรณีสึกษา 2 ราย

ณัฐชานันท์ พงศ์สุวรรณเขต รพ.ม.\*

### บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ:** โรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ เป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดตามหลังภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาล่าช้า หากก้อนฝีหนองแตกถือเป็นภาวะฉุกเฉิน เพราะจะทำให้การติดเชื้อลุกลามสู่อุ้งเชิงกรานและช่องท้อง เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมาที่อาจรุนแรงจนเสียชีวิต

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษากรณีสึกษา จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและใช้แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน ของกอร์ดอน เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพ

**ผลการศึกษา:** กรณีสึกษาที่ 1 พบข้อวินิจฉัยพยาบาล 8 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน 3) มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน 4) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 5) ปวดแผลผ่าตัด 6) การติดเชื้อแผลผ่าตัดและแผลแยก 7) เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง และ 8) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง ส่วนกรณีสึกษาที่ 2 พบข้อวินิจฉัยพยาบาล 4 ข้อ ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุช่องท้องและท่อนำไข่ รังไข่ด้านขวา 2) ปวดท้องด้านล่างขวา 3) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย 4) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง ถึงแม้กรณีสึกษาทั้ง 2 ราย จะเจ็บป่วยด้วยโรคที่เหมือนกันแต่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน กรณีสึกษาที่ 1 มีความรุนแรงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า เพราะมีการแตกของก้อนฝีหนองที่รังไข่ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและยาปฏิชีวนะ จึงมีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 25 วันซึ่งนานกว่ารายที่ 2 ในขณะที่กรณีสึกษาที่ 2 ไม่มีการแตกของก้อนฝีหนอง ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ รวมระยะรวมเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน

**ข้อเสนอแนะ:** นำผลการศึกษาไปใช้จัดทำแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและเฝ้าระวังติดตามอาการผิดปกติ และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, โรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่, อุ้งเชิงกรานอักเสบ

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Nursing Care for Patients with Tubo-Ovarian Abscess: Two Case Studies

Natchanan Pongsuwankhet M.P.A.\*

### Abstract

**Background and rationale:** Tubo-ovarian abscess is a serious complication that can arise from untreated or delayed pelvic inflammatory disease. If the abscess ruptures, it becomes a medical emergency, leading to the spread of infection to the pelvis and abdomen, potentially resulting in a bloodstream infection that can be severe and life-threatening.

**Objective:** To examine and compare the application of the nursing process in the care of patients with tubo-ovarian abscesses

**Methods:** This study involved two patients diagnosed with tubo-ovarian abscess, admitted to Khon Kaen Hospital. The nursing process was utilized as the primary framework for care, with Gordon's 11 Functional Health Patterns applied as the conceptual framework for health assessment.

**Results:** Case Study 1 identified 8 nursing diagnoses: 1) septicemia, 2) risk of hypoxia, 3) acute renal failure, 4) electrolyte imbalance, 5) surgical wound pain, 6) surgical wound infection and dehiscence, 7) risk of fluctuating blood sugar levels, and 8) lack of self-care knowledge. Case Study 2 identified 4 nursing diagnoses: 1) pelvic, peritoneal, and fallopian tube infection (right ovary), 2) right lower abdominal pain, 3) electrolyte imbalance, and 4) lack of self-care knowledge. Although both cases had the same condition, the severity of illness differed. Case Study 1 had more severe septicemia due to ruptured abscess. This case was treated with surgery and antibiotics, resulting in a hospitalization period of 25 days. In contrast, Case Study 2 did not experience ruptured abscess and received only antibiotic treatment, leading to a shorter hospital stay of 6 days.

**Recommendations:** The findings of this study should be used to develop nursing practice guidelines for monitoring abnormal symptoms in patients with tubo-ovarian abscess. These guidelines can also serve as a framework for enhancing registered nurses' competencies in the care of patients with pelvic inflammatory disease and related complications.

**Keywords:** Nursing care, tubo-ovarian abscess, pelvic inflammatory disease

---

\* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

โรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อหน้าไข่ และรังไข่ (Tubo - ovarian abscess: TOA) เป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดตามหลังภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ (Pelvic inflammatory disease: PID) ที่ไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาล่าช้า<sup>1,2</sup> เกิดจากการติดเชื้อจุลินทรีย์หลายชนิดทางเพศสัมพันธ์ เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ Escherichia coli, Bacteroides fragilis, Bacteroides species, Pepto streptococcus, Pepto coccus และ Aerobic streptococci<sup>3</sup> เชื้อแบคทีเรียจากบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่างจะเคลื่อนตัวขึ้นมาสร้างก้อนเนื้ออักเสบที่บริเวณท่อหน้าไข่ รังไข่ และอวัยวะอุ้งเชิงกรานอื่นๆ ที่อยู่ติดกัน<sup>4</sup> อุบัติการณ์ของฝีท่อรังไข่ (TOA) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบันพบได้ประมาณร้อยละ 30 ของภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ (PID) ปัจจัยเสี่ยงของ TOA นั้นคล้ายคลึงกับ PID ได้แก่ อายุเจริญพันธุ์ การใส่ห่วงอนามัย การมีคู่นอนหลายคน และประวัติการเป็นโรค PID มาก่อน ลักษณะอาการของผู้ป่วยที่เป็น TOA จะมีลักษณะคล้ายกับ PID แต่การตรวจร่างกายอาจคลำพบก้อนบริเวณ Adnexa<sup>5</sup> อาการทั่วไปของ TOA ได้แก่ ปวดท้อง พบก้อนเนื้อในอุ้งเชิงกราน ไข้หนาวสั่น ตกขาว อาการคลื่นไส้ อาจจะมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด และอาจพบถ่ายเหลวได้ การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายที่มี TOA พบว่า WBC ในเลือดมักจะสูงขึ้น การเกิด TOA อาจทำให้เกิดความสับสนกับสาเหตุอื่นๆ ได้หลายประการ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ นิ่วในท่อไต กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือไส้เลื่อนที่อุดตัน เป็นต้น

การรักษา TOA ที่ล่าช้าอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ อาจมีอาการปวดอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง และมีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์นอกมดลูกสูงกว่าทั่วไป นอกจากนี้ยังพบการบิดของกายวิภาคเชิงกราน ภาวะมีบุตรยากและ PID ที่เกิดขึ้นซ้ำได้ จากการทบทวนกรรมพบว่า ผู้ป่วย TOA ส่วนใหญ่สามารถรักษาด้วยการให้ยา

ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำที่เป็นกลุ่ม Board spectrum เพื่อครอบคลุมเชื้อก่อโรค โดยที่ไม่ต้องผ่าตัด อัตราการตอบสนองของการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอยู่ที่ประมาณ 70% ผู้ป่วยหลังจากได้รับยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ 48-72 ชั่วโมง จะให้ผลการรักษาที่ดีในผู้ป่วยที่มี Hemodynamically stable และไม่มี Signs of ruptured TOA โดยพบว่าขนาดของก้อนฝีหนองที่  $\geq 7$  เซนติเมตร<sup>6</sup> และภาวะการอักเสบของเยื่อช่องท้องน้อยเป็นตัวแปรสำคัญในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือมีอาการแย่ลง จึงต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในกรณีที่มีการแตกของก้อนฝีหนอง (Ruptured TOA) ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีการรั่วไหลของหนองสู่เยื่อช่องท้อง มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบแบบกระจาย ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอาจถึงขั้นเสียชีวิต ต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อลดปริมาณหนองออกโดยด่วน การแตกของก้อนฝีหนองมีอัตราการเกิดประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วย TOA ทั้งหมด<sup>7</sup> เมื่อตรวจร่างกายจะพบ Rebound tenderness ที่บริเวณหน้าท้อง อาจมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เช่น Hypotension, Tachycardia, Tachypnea และมี Septic shock ตามมา ผู้ป่วย TOA และมี Systemic sepsis ร่วมด้วยจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 5 - 10%<sup>8</sup>

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2562 - 2566 พบผู้ป่วย PID ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 351, 304, 338, 370, และ 423 รายตามลำดับ และพบผู้ป่วย TOA จำนวน 52, 68, 74, 95, และ 72 รายตามลำดับ<sup>9</sup> จะเห็นว่า อัตราผู้ป่วย TOA ที่พบเฉลี่ยร้อยละ 20 พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟู จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดเวลานอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

**วิธีดำเนินการศึกษา** เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) เลือกผู้ป่วยแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม พ.ศ. 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. อายุ	36 ปี	46 ปี
2. เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
3. การคุมกำเนิด	ไม่ได้คุมกำเนิด	ไม่ได้คุมกำเนิด
4. ประวัติการตั้งครรภ์	G1P1001 บุตรคนสุดท้ายอายุ 7 ปี LMP 29 มี.ค. 67	ไม่เคยตั้งครรภ์ LMP 29 เม.ย.67
5. อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดทั่วๆ ท้อง แล้วย้ายมาปวดท้องด้านล่างขวา ร่วมกับมีไข้ และท้องเสีย	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านล่างขวา และมีไข้
6. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	- 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วๆ ท้อง แล้วย้ายมาปวดท้องด้านล่างขวา มีไข้ อาเจียนท้องเสีย ถ่ายเหลว ไม่มีตกขาวผิดปกติ ไปพบแพทย์ที่ รพช. ได้ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น - ผลตรวจร่างกาย พบ มีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 40.1 องศาเซลเซียส, Tender RLQ, Guarding RLQ, Bowel ileus แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น Acute appendicitis Set OR emergency for Open Appendectomy ในระหว่างผ่าตัดได้ Consult สูติ-นรีแพทย์ด้วย - Operation 10/4/67: Open appendectomy with aspirate pus 100 ml from pelvis - การวินิจฉัย: Ruptured right TOA	- 1 สัปดาห์ก่อนมาผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง หน่วงๆ Pain score 8/10 มีตกขาวสีน้ำตาล ไม่มีกลิ่น 1 วันก่อนมาผู้ป่วยมีไข้ ปวดท้องด้านล่างขวามากขึ้น อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายเหลว 1 ครั้ง - ผลตรวจร่างกาย พบ Tender both adnexa with rebound tenderness TAS: Rt. hypoechoic with thick wall with septation at Rt. adnexa, Rt. adnexal mass $\varnothing$ 3.6x6.6 CT lower abdomen: Rt. TOA มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 39.4 องศาเซลเซียส ส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม

## ผลการศึกษา

**1. การประเมินภาวะสุขภาพ** เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย ข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน รายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด การวินิจฉัยแรกเริ่ม การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย การผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย การรักษา วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่าย ระยะเวลาอนโรโรงพยาบาล ผลการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	หลังการผ่าตัด ส่งเข้ารับรักษาที่ ICU วิสัญญี ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 1 วัน อาการดีขึ้นได้ย้ายเข้าดูแลต่อที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม	
7. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	Left TOA รักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์เมื่อวันที่ 10 -17 ก.ย. 2566 U/D: DMT2, Morbid obesity น้ำหนัก 115 kg., OSA, Asthma, DM, DLP รักษาที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง	U/D: Asthma
8. เจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มี	ยาย เป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
9. ประวัติการแพ้ยา	ไม่มี	ไม่มี
10. การผ่าตัด	ผ่าตัดคลอด เนื่องจากภาวะอ้วน	ไม่มี
11. การวินิจฉัยแรกเริ่ม	Acute appendicitis	Rt. TOA with sepsis with pelvic peritonitis with intramural uteri
12. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Ruptured right TOA with left TOA	Rt. TOA with sepsis with pelvic peritonitis
13. การผ่าตัด	Appendectomy, aspirated pus 100 ml from pelvis	ไม่ได้รับการผ่าตัด
14. ผลการตรวจร่างกาย	- Level of conscious: Good conscious - HEENT: Pale conjunctiva - Lung: Clear both lung - Abdomen: Tender at RLQ, Guarding RLQ - Heart: Regular - ผ่าตัดพบ Right hydrosalpinx Ø 4x3 cm Right ovary Ø 3x3 cm Pelvic pus 100 ml with pus oozing from Rt. fallopian tube, Mild inflamed - ผล Ultrasound pelvis วันที่ 17 เมษายน 2567 พบ Lt. hypoechoic mass Ø 8.1x7.7, Lt. TOA และ วันที่ 20 เมษายน 2567 พบ Wound dehiscence with pus per wound	- Level of conscious: Good conscious - HEENT: Pink conjunctiva - Lung: Clear both lung - Abdomen: Tender both adnexa with rebound positive - Heart: Regular - PV: MIUB: Normal, Vagina: No lesion - Cervix: Old blood per os, os close, no lesion, Uterus: enlarge - Adnexa: Tender both adnexa with rebound tenderness - TAS: Uterus Ø 5.2 x 9.05 cm Rt.hypoechoic with thick wall with septation at Rt.adnexa, Rt.adnexal mass Ø 3.6x6.6 CT lower abdomen: Rt. TOA
15. การรักษา	ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและยาปฏิชีวนะ	ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ
16. วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	9 เมษายน 2567	5 พฤษภาคม 2567

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
17. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	4 พฤษภาคม 2567	11 พฤษภาคม 2567
18. ระยะเวลานอนโรงพยาบาล	25 วัน	6 วัน

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ มาด้วยอาการปวดท้อง และมีไข้ แต่กรณีศึกษาที่ 1 ตรวจพบมีไข้สูง 40.1 องศาเซลเซียส ได้รับการวินิจฉัยแแรกรับเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่งแบบอุกฉวย ในห้องผ่าตัดพบว่า มีการแตกของก้อนฝีหนองที่ท่อนำไข่ด้านขวา ได้รับการรักษาทั้งการผ่าตัดและยาฆ่าเชื้อ และเนื่องจากผู้ป่วยอ้วนมีน้ำหนักมาก 115 kg มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากการผ่าตัดจึงได้ย้ายเข้า ICU วิกฤติ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เมื่ออาการดีขึ้นจึงไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จากการตรวจร่างกายสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของ

ท่อนำไข่และรังไข่ขวา ได้รับการรักษาด้วยยาฆ่าเชื้อ กรณีศึกษาที่ 1 เคยได้รับการรักษาด้วยโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ด้านซ้ายเมื่อปี 2566 และครั้งนี้เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคแต่เป็นทางด้านขวา หลังผ่าตัด 10 วัน พบว่า มีแผลแยกและมีหนอง ใช้เวลารักษาในโรงพยาบาล 25 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ใช้เวลานอนโรงพยาบาล 6 วัน

1.2 ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete blood count, CBC) การตรวจทางเคมีในเลือด (Blood chemistry) การเพาะเชื้อหนอง (Pus culture) ผลการตรวจรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษา 2 ราย

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1		กรณีศึกษาที่ 2	
<b>CBC</b>		9 เม.ย. 2567	20 เม.ย. 2567	5 พ.ค. 2567	8 พ.ค. 2567
WBC	4.5-10.0 $10^3/uL$	23.0	24.2	20.9	10.7
Hemoglobin	13-18 g/dL	10.0	8.4	11.6	9.7
Hematocrit	40-50%	32.2	27.6	35.0	28.6
Platelet	140-400 $10^3/uL$	275	588	364	355
Neutrophil	43.7-70.9%	94.6	82.0	87.9	76.1
<b>BLOOD</b>		9 เม.ย. 2567	11 เม.ย. 2567	5 พ.ค. 2567	8 พ.ค. 2567
<b>CHEMISTRY</b>					
BUN	5.8-19.1 mg/l	20	13	9	8
Creatinine	0.51-0.95 mg/l	1.14	0.93	0.86	0.82
eGFR	$\geq 90$	62	79	81	86
Sodium	130-147 mmol/l	137	138	135	140
Potassium	3.4-4.7 mmol/l	3.11	2.95	3.38	3.31
Chloride	96-107 mmol/l	110	105	102	106
CO2	20.6-28.3 mmol/l	11.9	17.1	21.7	20.9
Phosphorus	2.5-4.6 ml/dl	-	1.8	-	-

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
PUS	Not found	11 เม.ย.2567	21เม.ย.2567
CULTURE		Escherichia coli	Escherichia coli

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลพบว่ากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่า มีเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ หรือ Leukocytosis พบได้ใน Acute infection โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีระดับของเม็ดเลือดขาวสูงอยู่เป็นระยะเวลาานหลาย วัน และมีระดับ Blood urea nitrogen และ Serum creatinine สูง มีอัตราการกรองของไต (Estimated glomerular filtration rate หรือ eGFR) ที่ต่ำกว่าปกติ แสดงว่ามีภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน นอกจากนี้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยังพบความไม่สมดุลของ

เกลือแร่ในร่างกาย มีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ และกรณีศึกษาที่ 1 จะมีระดับของฟอสฟอรัสต่ำร่วมด้วย กรณีศึกษาที่ 1 ส่งหนองจากแผลตรวจเพาะเชื้อพบขึ้นเชื้อ Escherichia coli ซึ่งก็พบจำนวนเม็ดเลือดขาว Neutrophil อยู่ในระดับที่สูงเช่นกัน

1.3 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน รวบรวมผลการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และเวชระเบียนผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนของกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ	- ครั้งแรกผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ หลังผ่าตัดรับรู้ว่ามีอาการของก้อนฝีหนองของท่อนำไข่ด้านขวาและมีไข้สูง ได้รับการผ่าตัดและยาฆ่าเชื้อ แผลผ่าตัดแยกมีหนอง ต้องทำแผลและได้รับยาฉีดฆ่าเชื้อทุกวัน	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบที่ท่อนำไข่และรังไข่ด้านขวา ในระยะแรกผู้ป่วยวิตกกังวล แต่ยอมรับและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	- ผู้ป่วยได้รับการงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด Day 0 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน Day 1-4 เริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารเหลว รับประทานอาหารอ่อนได้ หลังผ่าตัด Day 5 รับประทานอาหารธรรมดา อาหารจืดและเบาหวาน หลัง Step diet ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดเล็กน้อย ไม่มีภาวะ Bowel ileus	- ช่วงแรกรับ ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหาร หลังจากนั้นเริ่มจิบน้ำได้ แต่ต่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการไข้สูงขึ้น อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 38.7 - 39.5 องศาเซลเซียส จึงให้งดน้ำงดอาหารไว้อีกครั้ง และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะตัวใหม่ ไข้จึงลดลง หลัง Admit Day 3 เริ่มรับประทานอาหารอ่อนหลังจากนั้นรับประทานอาหารธรรมดา
3. การขับถ่ายของเสีย	- Day 0-4 ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองฟางไม่มีตะกอน หลังผ่าตัด Day 4 เอาสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ปกติ ไม่แสบขัด การขับถ่ายอุจจาระหลังผ่าตัด Day 3-8 ผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเหลว 7-14 ครั้ง/วันหลังจากนั้น ขับถ่ายอุจจาระปกติ	- ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ถ่ายอุจจาระเองได้ปกติ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
4. การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม	- หลังผ่าตัด Day 0-4 ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องคอยช่วยเหลือกิจกรรม เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด Pain score 5-10 คะแนน แต่หลังผ่าตัด Day 4 ผู้ป่วยเริ่มทำกิจกรรมได้มากขึ้น Ambulate ได้ดี	- หลังเข้ารับการรักษา Day 1-2 ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เนื่องจากปวดท้อง Pain score 6-8 คะแนน ต้องคอยช่วยเหลือ ทำกิจกรรมบ้าง Day 3 ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้มากขึ้น จนถึงวันจำหน่าย
5. การพักผ่อนและการนอนหลับ	- ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 1-2 เนื่องจากปวดแผลผ่าตัด มีไข้สูง เมื่อเข้าสู่วันที่ 3 หลังผ่าตัดผู้ป่วยเริ่มนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น	- ผู้ป่วยนอนหลับได้ไม่เต็มที่เนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและมีไข้ รับประทานยาแก้ปวดและเปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่ใช้ลดลง จึงนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น
6. การรับรู้สติปัญญา และความน่าเชื่อถือ	- ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร บอกความต้องการของตนเอง มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อแพทย์แผนปัจจุบัน	- ผู้ป่วยสามารถสื่อสาร บอกความต้องการของตนเอง มีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อแพทย์แผนปัจจุบัน
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	- ผู้ป่วยเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคก่อนมีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ที่ ร.พ.ศรีนครินทร์ แต่ไม่คิดว่าจะกลับมาเป็นซ้ำอีก ผู้ป่วยยอมรับโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์	- ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองติดเชื้อที่ท่อนำไข่และรังไข่ รู้สึกเป็นกังวลแต่ยอมรับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้ดี
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	- ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว อาศัยอยู่กับมารดาและลูก ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีมารดา มาดูแลที่หอผู้ป่วย	- ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นภรรยา ไม่มีบุตร ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามีมาดูแลที่หอผู้ป่วย
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- ผู้ป่วยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ตั้งครรภ์และคลอดบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง ประจำเดือนมาอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน	- ผู้ป่วยอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีประจำเดือนมาอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน ไม่มีบุตร
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	- ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและกังวล เนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง ประกอบกับมีโรคประจำตัว และต้องเข้ารับการผ่าตัด นอนรักษาในโรงพยาบาลนาน	- ผู้ป่วยรู้สึกกังวลเนื่องจากต้องเข้ารับการแบบฉุกเฉิน สามีมาดูแลเฝ้าไข้ที่หอผู้ป่วยช่วยให้สบายใจขึ้น
11. คุณค่าและความเชื่อ	- ผู้ป่วยเป็นสมาชิกที่ดีในครอบครัว ความเชื่อมั่นในด้านสุขภาพ คือการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และเชื่อมั่นว่าต้องหายจากโรค	- เป็นสมาชิกที่ดีในครอบครัว ความเชื่อมั่นในด้านสุขภาพ คือการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกเครียดและกังวล หลังผ่าตัดช่วงแรกช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีปัญหาปวดแผลผ่าตัด Pain score 5-10 คะแนน

และไข้สูงท้องอืดเล็กน้อย วันที่ 3-8 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลว 7-14 ครั้ง/วัน หลังผ่าตัด 10 วันแผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ กรณีศึกษาที่ 2 มีไข้สูงเช่นกัน ต้องงด

น้ำอาหารอีกครั้ง เปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่ ไข้จึงลดลง  
ตอบสนองต่อการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำโดยไม่ต้องผ่าตัด ไม่สุขสบายจากอาการปวดท้อง

**2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล**

ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำมาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล แบ่งตามตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะดูแล	กรณีศึกษา1	กรณีศึกษา2
ระยะวิกฤต	1. มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการแตกของก้อนฝีที่ท่อนำไข่ด้านขวา หนองรั่วไหลสู่ช่องเชิงกราน เยื่อช่องท้องและติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หลังผ่าตัดเนื่องจาก Morbid obesity และมีภาวะ Obstructive sleep apnea 3. มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน 4. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว 5. ปวดแผลผ่าตัด	1. มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เยื่อช่องท้องและท่อนำไข่รังไข่ด้านขวา 2. ปวดท้องด้านล่างขวา
ระยะดูแลต่อเนื่อง	6. แผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ Escherichia coli 7. เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 8. ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง	3. มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว 4. ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง

**3. การพยาบาลและการประเมินผล**

จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ระบุในตารางที่ 4 นำมาสู่การวางแผนการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญและแยกตามระยะการพยาบาล โดยนำเสนอใน 4 ประเด็นดังนี้ 1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2) เป้าหมายการพยาบาล 3) การพยาบาลที่สำคัญ และ 4) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

**3.1 การพยาบาลระยะวิกฤต**

**3.1.1 มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด**

เนื่องจากการแตกของก้อนฝีที่ท่อนำไข่ด้านขวาหนองรั่วไหลสู่ช่องเชิงกราน เยื่อช่องท้องและติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมาย

Pain score 6-8 คะแนน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความเชื่อมั่นในด้านสุขภาพ คือ การรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน

ระยะการพยาบาล 2 ระยะ สรุปและเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 4

การพยาบาล คือ ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินภาวะไข้ 2) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและรายงานแพทย์เมื่อพบค่าผิดปกติ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าได้รับยา Ceftriaxone 2 gm IV OD และ Metronidazole 500 mg IV q 8 hr (1 วัน) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังมีไข้สูงอุณหภูมิร่างกาย 38.4 - 39 องศาเซลเซียส ผลการตรวจ WBC สูง = 23.0 (ปกติ 10<sup>3</sup>/UL) ได้เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็น Clindamycin 900 mg IV q 8 hr และ Gentamicin 240 mg IV OD (1 วัน) แต่ก็ยังมีไข้ จึงได้เปลี่ยนยา

ปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 gm IV q 6 hr อีก 1 วัน เมื่อผลตรวจเพาะเชื้อ Pus C/S พบเชื้อ Escherichia coli ซึ่งเชื้อดื้อต่อยา Tazocin และผู้ป่วยยังมีไข้สูงบางช่วง จึงได้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะ กลับมาเป็น Clindamycin 900 mg IV q 8 hr และ Gentamicin 240 mg IV OD x 5 วัน หลังการผ่าตัด พบมีปัญหายังมีไข้ (Persist low grade fever) ได้จึงส่งปรึกษาอายุรแพทย์ ให้เปลี่ยนยาปฏิชีวนะอีกครั้ง เป็น Metronidazole 500 mg IV q 8 hr, Ceftazidime 2 gm IV q 8 hr อีก 4 วันหลังผ่าตัด 10 วัน ผลผ่าตัดแยกส่งหนองตรวจเพาะเชื้อ เมื่อผลตรวจ Pus C/S ที่ส่งจากแผลผ่าตัดที่แยก พบเชื้อ Escherichia coli ซึ่ง Sensitivity ต่อ Meropenem จึงได้เปลี่ยนเป็น Meropenem 1 gm IV q 8 hr 4 วัน แล้วเปลี่ยนเป็น Ceftazidime 2 gm IV q 8 hr 4 วัน จนถึงวันที่เย็บปิดแผลผ่าตัด

**3.1.2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หลังผ่าตัดเนื่องจาก Morbid obesity และมีภาวะ obstructive sleep apnea** (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมายการพยาบาลคือ เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ตั้งค่าและติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย 2) ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง 3) ฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoxia 4) ติดตามสัญญาณชีพ SpO<sub>2</sub>, ABG ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจเมื่อพร้อม 5) ดูแลให้ยาพ่นเข้าลำคอ Seretide Evo haler วันละ 2 ครั้ง เช้าเย็น 6) ใส่สายยางให้อาหารเปิดจุกของสาย และ Decompression ลมออก และ 7) กระตุ้น Ambulation การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าหลังผ่าตัด ใส่ ET-tube with respirator setting PCV mode 1 วัน ก็สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

**3.1.3 มีภาวะที่ไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากผล BUN, Cr สูง, eGFR ต่ำกว่าปกติ** เป้าหมายการพยาบาลคือ ปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลัน ไตกลับมาทำหน้าที่ได้ปกติ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะการติดเชื้อ

ในกระแสเลือด 2) ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา Acetar 1,000 ml IV drip 120 ml/hr, RLS 1,000 ml IV drip 120 ml/hr. และ NSS 1,000 ml IV drip 100 ml/hr 3) รักษาสมดุลของสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย และ 4) ติดตามค่าการทำงานของไต การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษา 1 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำติดต่อกัน 5 วัน มีสมดุลปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย จดบันทึกติดต่อกันหลังผ่าตัด 6 วัน ค่าการทำงานของไตกลับมาทำหน้าที่ได้ใกล้เคียงปกติ

**3.1.4 มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานเยื่อหุ้มช่องท้องและท่อนำไข่ รังไข่ด้านขวา** (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2) เป้าหมายการพยาบาล คือ ก้อนฝีที่ท่อนำไข่ด้านขวาไม่แตก ไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินอาการไข้ 2) ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เริ่มให้ยาฆ่าเชื้อ Clindamycin 900 mg IV q 8 hr และ Gentamicin 240 mg IV OD ให้ 2 วัน ยังมีไข้เป็นพักๆ อุณหภูมิ 38.7-39.3 องศาเซลเซียส เปลี่ยนยาปฏิชีวนะใหม่เป็น Tazobactam 4.5 gm IV q 6 hr ในวันที่ 3 ที่เข้ารับการรักษาและเพิ่มยาฆ่าเชื้อ Metronidazole 500 mg IV q 8 hr ในวันที่ 4 ให้ต่ออีก 3 วัน และเปลี่ยนเป็นยารับประทาน 3) สังเกต Abdominal signs เช่น อาการปวดท้องมากขึ้น มีหน้าท้องเกร็ง (Guarding) หรือไม่ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 มีปัญหาไข้ไม่ลงหลังได้รับยาปฏิชีวนะ มีไข้เป็นพักๆ จึงให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารไว้ก่อน และเปลี่ยนยาปฏิชีวนะชนิดใหม่ ไข้ลดลงตอบสนองต่อการรักษา อาการปวดลดลง

**3.1.5 มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว** (กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย) กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะโพแทสเซียมและฟอสฟอรัสต่ำ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโพแทสเซียมต่ำ เป้าหมายการพยาบาล คือ มีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ **กรณีศึกษาที่ 1** ให้การพยาบาล ดังนี้ 1) ดูแลให้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนตามแผนการรักษา คือ Acetar 1,000 ml IV drip 120

mL/hr + KCL 20 mEq IV drip 120 mL/hr. 0.9%NSS 1,000 ml + K<sub>2</sub>PO<sub>4</sub> 60 mEq 100 mL/hr 2) ให้ ORS จิบบ่อยๆ 3) เฝ้าระวังอาการข้างเคียงและติดตามผลการตรวจค่าเกลือแร่ 4) ให้ยา Plasil 10 mg IV q 8 hr 5) ส่งอุจจาระตรวจและติดตามผล และ 6) บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย **กรณีศึกษาที่ 2** ให้การพยาบาล ดังนี้ 1) ดูแลให้ยาปรับประเทานทดแทนเกลือแร่ตามแผนการรักษา Elixir KCL 30 ml x 2 dose 2) เฝ้าระวังอาการข้างเคียงติดตามผลการตรวจค่าเกลือแร่ 3) ให้ยา Plasil 10 mg IV q 8 hr และ 4) บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ได้สารน้ำและเกลือแร่ทดแทนทางหลอดเลือดดำ กรณีศึกษาที่ 2 ได้ยาปรับประเทานทดแทนเกลือแร่ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีระดับเกลือแร่ในร่างกายกลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่พบผลข้างเคียง

**3.1.6 ปวดแผลผ่าตัด** (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมายการพยาบาล คือ อาการปวดแผลลดลง หรือไม่ปวดแผล มีระดับ Pain score < 4 การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง 2) จัดทำนอนศีรษะสูงท้องหย่อน แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด 3) ให้ยาลดปวด กรณีศึกษาที่ 1 ช่วงแรกหลังผ่าตัดได้ยาลดปวด เป็น Fentanyl 50 µg IV prn q 1 hr ซึ่งยานี้มีฤทธิ์กดการหายใจน้อยกว่า MO และเปลี่ยนมาให้ MO 3 mg IV prn q 4 hr จากนั้นเปลี่ยนมาให้ยาปรับประเทาน Paracetamol (500) 1 tab Prn q 4-6 hr การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการปวดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ ลูกทำกิจวัตรประจำวันได้

**3.1.7 ปวดท้องด้านข้างขวา** (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 2) เป้าหมายการพยาบาลคือ อาการปวดท้องลดลง หรือไม่ปวด Pain score < 4 การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินระดับความปวดทุก 4 ชั่วโมง 2) บรรเทาความปวด เช่น จัดทำนอนศีรษะสูงท้องหย่อน แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาปวด ให้ยาลดปวด MO 3 mg IV และให้เป็นยาปรับประเทาน Paracetamol (500 mg) 1 tab prn q 4-6 hr การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า อาการปวดทุเลาลง นอนหลับพักผ่อนได้

สามารถลุกทำกิจวัตรประจำวันได้ในวันที่ 5 ของการรักษา Pain score = 0

### 3.2 การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

#### 3.2.1 แผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ

**Escherichia coli มีหนองซึมออกจากแผล**  
(พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1)

เป้าหมายการพยาบาล คือ แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ สามารถเย็บปิดแผลได้ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทำแผลวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น ด้วย NSS, Providine, Hydrogenperoxide และเปลี่ยนแผลเมื่อซึม 2) แนะนำผู้ป่วยดูแลไม่ให้แผลโดนน้ำ 3) ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา 4) ดูแลให้ได้รับสารอาหารจัดและเบาหวานเพียงพอ 5) เจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดโดยเจาะจากเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (DTX) และดูแลให้ยาควบคุมเบาหวานตามแผนการรักษา 6) ติดตามผลการเพาะเชื้อ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่าแผลแห้ง ไซ้ลดลง วันที่ 30/4/67 เย็บปิดแผลและสังเกตอาการต่ออีก 4 วัน แผลแห้งดี จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตนัด F/U ตัดไหม ที่ OPD นรีเวชหลังเย็บแผลปิด 10 วัน

**3.2.2 เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง** (พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1) เป้าหมายการพยาบาล คือ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 2) ให้สารน้ำอาหารจัดและเบาหวานตามแผนการรักษา 3) ตรวจและติดตามค่า DTX ก่อนอาหาร ให้อยู่ในระดับ 80 - 200 mg% ตามแผนการรักษา และ 4) ดูแลให้ยารักษาเบาหวาน Metformin (500 mg) 1/2 tab pc เข้า เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า ค่า DTX อยู่ระหว่าง 150 -158 mg% แพทย์พิจารณาเพิ่มยาเพิ่มปริมาณยา Metformin (500 mg) เป็น 1 tab pc เข้า หลังจากเพิ่มปริมาณยา ผลระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 88 -144 mg%

**3.2.3 ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง** (พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย) เป้าหมายการพยาบาล คือ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถปฏิบัติดูแล

ตัวเองได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้านและกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยส่งเสริมที่จะทำให้กลับมาเป็นซ้ำอีกและการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 2) ให้คำแนะนำตามหลัก D-METHOD และ 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีความเข้าใจและสามารถดูแลตัวเอง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ดี หลังเย็บแผลปิด 10 วัน แพทย์นัดติดตามการรักษาและตัดไหมที่ห้องตรวจนรีเวชกรรม พร้อมทั้งให้ติดตามอาการและรักษาโรค DM, HT, DLP, OSA และ Asthma ต่อเนื่องที่ ร.พ.ใกล้บ้าน แนะนำเรื่องการรักษาโรคอ้วน ด้วยการผ่าตัดกระเพาะ (Sleeve gastrectomy) ผู้ป่วยสนใจ รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 25 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและสามารถดูแลตัวเอง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ดี รวมอยู่รักษาในโรงพยาบาล 6 วัน นัดติดตามการรักษาที่ห้องตรวจนรีเวชกรรม หลังจำหน่าย 10 วัน ได้ยาปฏิชีวนะ Metronidazole และ Levofloxacin ชนิดรับประทานไปรับประทานต่อที่บ้าน

**สรุปผลการศึกษา** การพยาบาลผู้ป่วยเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ ตามการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผล การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยเรียงลำดับความสำคัญและแยกตามระยะการพยาบาลได้ดังนี้ การพยาบาลในระยะวิกฤตกรณีศึกษาที่ 1 มีดังนี้ 1) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเนื่องจากการแตกของก้อนฝีที่ท่อนำไข่นด้านขวาหนองรั่วไหลสู่อุ้งเชิงกราน เยื่อบุช่องท้องและติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน หลังผ่าตัด เนื่องจาก Morbid obesity และมีภาวะ Obstructive sleep apnea 3) มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ลดลงอย่างเฉียบพลัน 4) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว 5) ปวดแผลผ่าตัดสำหรับกรณีศึกษาที่ 2 มีดังนี้ 1) มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิง

กราน เยื่อบุช่องท้องและท่อนำไข่ รังไข่ด้านขวา 2) ปวดท้องด้านล่างขวา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะดูแลต่อเนื่อง กรณีศึกษาที่ 1 พบข้อวินิจฉัยพยาบาลดังนี้ 1) แผลผ่าตัดแยกและติดเชื้อ Escherichia coli 2) เสี่ยงต่อภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง 3) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 มีดังนี้ 1) มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากอาเจียนและถ่ายเหลว 2) ภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 3 ข้อ คือ มีภาวะติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน เยื่อบุช่องท้องและกระเพาะเลือด มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายและภาวะพร่องความรู้ในการดูแลตัวเอง

**การอภิปรายผลการศึกษา** สตรีที่เป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ (TOA) มีโอกาสกลับมาเกิดซ้ำได้อีก ดังเช่นกรณีศึกษาที่ 1 ที่เคยรักษาโรคนี้เมื่อปีที่แล้ว การให้ความรู้และแนะนำให้ผู้หญิงทุกคนเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการอักเสบในอุ้งเชิงกราน หลีกเลี่ยงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากพบความผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย ควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง ทันทีและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาการและอาการแสดงของโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ (TOA) มีคล้ายคลึงกับโรคอื่นๆ อีกหลายโรค อาจทำให้เกิดความสับสนในการวินิจฉัยแยกโรคได้ เช่น ไส้ติ่งอักเสบ นิ้วในท่อนไต กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือไส้เลื่อนที่อุดตัน ทำให้เกิดวินิจฉัยคลาดเคลื่อนและการรักษาที่ล่าช้า อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ 1 ที่ Admit เข้ารักษาในศัลยกรรม เพื่อผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ แต่ภายหลังในห้องผ่าตัดเปิดแผลแล้วพบว่ามีอาการแตกของก้อนฝีหนองที่ปีกมดลูกด้านขวา (Ruptured Rt.TOA) ต้องปรับแผนรักษาใหม่

แม้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จะเป็นโรคเดียวกัน แต่มีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 มีความรุนแรงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมากกว่า เพราะมีการแตกของก้อนฝีหนองที่รังไข่ทำให้มีการรั่วไหลของหนองสู่

เยื่อช่องท้อง ประกอบกับมีโรคประจำตัวหลายอย่างทำให้มีภูมิคุ้มกันต่ำเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีการปรับเปลี่ยนใช้ยาปฏิชีวนะหลายชนิดในการรักษา รวมทั้งพบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่ต้องใช้เวลานานในการรักษา จนกว่าแผลจะดีขึ้นและเย็บปิดได้ ส่วนในกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่ด้านขวา ที่ไม่มีการแตกของก้อนฝีหนอง และตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ทำให้ลดเวลาอนโรงพยาบาลรวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่
2. ผู้บริหารใช้เป็นแนวทางในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคก้อนฝีหนองที่เกิดจากการติดเชื้อของท่อนำไข่และรังไข่

#### เอกสารอ้างอิง

1. Atibhoom T, Jaruwan S. Pelvic Inflammatory Disease: PID [Internet]. [cited 2024 Dec 16]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturetopics/50322/>
2. Tubo-Ovarian Abscess (TOA) [Internet]. Yale Medicine. [cited 2024 Dec 13]. Available from: <https://www.yalemedicine.org/clinical-keywords/tubo-ovarian-abscess>

3. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis.* 1983 Sep 1;5(5):876–84.
4. Munro K, Gharaibeh A, Nagabushanam S, Martin C. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. *Obstet Gynaecol.* 2018;20(1):11–9.
5. Sordia-Hernández LH, Serrano Castro LG, Sordia-Piñeyro MO, Morales Martinez A, Sepulveda Orozco MC, Guerrero-Gonzalez G. Comparative study of the clinical features of patients with a tubo-ovarian abscess and patients with severe pelvic inflammatory disease. *Int J Gynecol Obstet.* 2016;132(1):17–9.
6. Suwit J. Factors associated with conservative treatment failure in patients with tubo-ovarian abscess. *J Med Siriraj Buriram.* 2010;25(3):279–92.
7. Powers K, Lazarou G, Greston WM, Mikhail M. Rupture of a tubo-ovarian abscess into the anterior abdominal wall: a case report. *J Reprod Med.* 2007;52(3):235–7.
8. Landers DV, Sweet RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.* 1985 Apr 15;151(8):1098–110.
9. Information Group in Khon Kaen Hospital. SMA patient statistic in Khon Kaen Hospital. 2019–2023.

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง กรณีศึกษา 2 ราย

บัณฑิตา ทองบัวบาน, พย.ม\*

### บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ:** โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองเป็นภาวะวิกฤตที่มีความซับซ้อนและรุนแรง เมื่อหลอดเลือดในสมองโป่งพองเกิดการแตก มีผลกระทบต่อสมอง ทำให้อาจเกิดความพิการหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ การให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หรือส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนให้น้อยลง สามารถฟื้นฟูสภาพและกลับบ้านอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพอง

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษากรณี จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกตและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ได้แก่ ประวัติ การรักษาที่ได้รับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกับการใช้กระบวนการพยาบาล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา:** พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันด้านข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเจ็บป่วย ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และการพยาบาลในแต่ละระยะ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรค ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับบ้านเพื่อไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านได้

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** การเฝ้าระวังและการประเมินความเสี่ยงที่ครอบคลุมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองมีความสำคัญอย่างยิ่ง ควรมีการปรับปรุงแนวทางการดูแลในแต่ละระยะของโรคเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย และส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงและทันสมัยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

**คำสำคัญ:** กระบวนการพยาบาล, โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง, การพยาบาล

---

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Nursing Care for Patients with Cerebral Aneurysm: Two Case Studies

Bantita Tongbuaban, M.N.S\*

### Abstract

**Background and rationale:** Cerebral aneurysm is a critical condition that is complicated and severe. When a cerebral aneurysm ruptures, it affects the brain, causing disability or even death. Providing nursing care by using the nursing process correctly and completely in every step will make patients safe from complications or less affected by complications, allowing them to rehabilitate and return home with a good quality of life.

**Objective:** To examine the application of the nursing process in the care of patients with cerebral aneurysm

**Methods:** This case study involved two patients diagnosed with cerebral aneurysm. Data were collected through interviews, observations, and medical records, including patient history, treatment details, laboratory test results, and special examinations. The data were analyzed using content analysis to compare the application of the nursing process.

**Results:** The two patients showed differences in general information, risk factors influencing the illness, and the severity of complications. After receiving nursing care through each phase of the nursing process and monitoring risk factors affecting the severity of the disease, the patients were safe, allowing them to return home and continue rehabilitation.

**Conclusion and recommendations:** Comprehensive surveillance and risk assessment are crucial for patients with cerebral aneurysm. Care guidelines should be adapted at each stage of the disease to enhance patient safety and support more effective rehabilitation. In addition, further studies are needed to develop specific, up-to-date nursing guidelines aimed at reducing potential complications.

**Keywords:** Nursing process, cerebral aneurysm, nursing care

---

\*Registered nurse, Professional level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Cerebral Aneurysm) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลก อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 7.5 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ซึ่งสูงกว่าอัตราเฉลี่ยของโลกที่อยู่ประมาณ 6.0 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี สถิติจังหวัดขอนแก่นพบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองประมาณ 4.5 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อยู่ประมาณ 3.8 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โรคหลอดเลือดสมองโป่งพองส่งผลกระทบต่ออย่างมากทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลกระทบด้านร่างกายพบมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) หากหลอดเลือดเกิดการแตก ซึ่งอาจทำให้เกิดความพิการทางกายภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่นอย่างมาก ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ (Psychological and Emotional Impact) เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ผลกระทบทางสังคม (Social Impact) การแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากการจำกัดความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำงาน และการมีส่วนร่วมในชีวิตครอบครัว ผลกระทบต่อผู้ดูแลภาระหน้าที่และความเหนื่อยล้า<sup>3</sup> (Caregiver Burden and Fatigue) ผู้ดูแลอาจประสบกับภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกหมดหวัง และการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง<sup>4,5,6</sup> ซึ่งอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตใจได้

บทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่สำคัญ คือ การประเมินและเฝ้าระวังอาการ (Assessment and Monitoring) โดยเฉพาะการประเมินอาการทางคลินิกที่ผิดปกติในบริเวณศีรษะ เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรงและฉับพลัน การเปลี่ยนแปลงในการรับรู้<sup>1</sup> และการลดลงของการตอบสนองทางระบบประสาท

การเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การแตกของหลอดเลือดที่โป่งพองซึ่งอาจนำไปสู่การเกิด Subarachnoid Hemorrhage เช่น การเฝ้าระวังความดันโลหิต การเต้นของหัวใจ และระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลต้องทำหน้าที่ในการจัดการภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมรับการผ่าตัด การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด เช่น การเกิดภาวะ Vasospasm ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดการขาดเลือดในสมองและส่งผลให้การฟื้นฟูของผู้ป่วยช้าลง ตลอดจนการฟื้นฟูและการสนับสนุน (Rehabilitation and Support) โดยเฉพาะการฟื้นฟูทางกายภาพ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อสถานการณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลิกบุหรี่ การควบคุมความดันโลหิต และการดูแลสุขภาพทั่วไป จะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองในอนาคต<sup>2</sup>

ดังนั้น การศึกษาผู้ป่วยรายกรณีในการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง โดยใช้กระบวนการพยาบาล ร่วมกับการใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย 11 แบบแผนของกอร์ดอน จะช่วยให้สามารถให้การพยาบาลครอบคลุมในทุกมิติของการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

**วัตถุประสงค์การศึกษา:** เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองโป่งพอง

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนเมษายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเวช

ระเบียบ และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล รายละเอียด ดังนี้

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. เพศ	หญิง	ชาย
2. อายุ	64 ปี	54 ปี
3. สถานภาพสมรส	สถานภาพสมรส	สถานภาพสมรส
4. อาชีพ	ค้าขาย	ค้าขาย
5. ศาสนา	พุทธ	พุทธ
6. น้ำหนัก	41 กิโลกรัม	67 กิโลกรัม
7. ส่วนสูง	145 เซนติเมตร	168 เซนติเมตร
8. รอบเอว	65 เซนติเมตร	81 เซนติเมตร
9. BMI	19.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร	23.74 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า มีความแตกต่างกันตามปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) และสถานะทางกายภาพ ดังนี้

1. อายุและเพศ: กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิง อายุ 64 ปี กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 54 ปี จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO)<sup>7</sup> ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจะถือเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพที่เสื่อมสภาพ เช่น กระดูกพรุน ภาวะความดันโลหิตสูง และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลง เพศชายในวัยกลางคนมีแนวโน้มที่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ นำเสนอใน 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษอื่นๆ และการตรวจร่างกาย ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน และข้อมูลอาการและการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

1.1 ข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และ BMI ของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียดดังตารางที่ 1

จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้หญิงในวัยเดียวกัน

2. น้ำหนัก ส่วนสูง และ BMI: กรณีศึกษาที่ 1 น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร ค่า BMI 19.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษาที่ 2 น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร ค่า BMI 23.74 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้บ่งบอกถึงระดับความสมดุลของน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนัก ผู้ที่มี BMI ในช่วง 18.5 ถึง 24.9

กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

3. รอบเอวและความเสี่ยงด้านสุขภาพ: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีรอบเอว 65 - 81 เซนติเมตร ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงความเสี่ยงสูง ซึ่งในผู้ชายการมีรอบเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร และในผู้หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร ถือว่าเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมตาบอลิก (Metabolic syndrome) ซึ่งรวมถึงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจ มีผลการวิจัยแสดงว่าขนาดรอบเอวมีความสัมพันธ์อย่างมากกับไขมันในช่องท้อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคหัวใจและโรคเบาหวาน การควบคุมขนาดรอบเอวจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพดังกล่าว

4. การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพ แม้ว่าทั้งสองรายจะมีค่า BMI<sup>o</sup> อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ในกรณีศึกษาที่ 1 เป็นเพศหญิงและมีอายุมากกว่า อาจมีความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพมากกว่า เนื่องจากอายุที่มากขึ้นและน้ำหนักตัวที่ต่ำกว่า ในขณะที่ผู้ชายในกรณีศึกษาที่ 2 มี BMI ที่สูงกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นถึงน้ำหนักที่มากขึ้นและความเสี่ยงในการเกิดภาวะเมตาบอลิกที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

การวิเคราะห์กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า มีความเหมือนกัน คือ อาชีพและวิถีชีวิตของทั้งสองกรณีที่มีอาชีพ

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. อาการสำคัญ	แขน ขาอ่อนแรง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล	ชักกระตุก 5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล
2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 สัปดาห์ก่อน มีไข้ ปวดศีรษะ ต่อมาคลื่นไส้ในท้องน้ำ ไม่ปวดศีรษะ แต่ญาติสังเกตว่ารับประทานอาหารได้น้อยลง เหนื่อยอ่อนเพลีย พูดซ้ำ ขยับตัวช้า นอนไม่หลับ ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จึงส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น	3 วันก่อนมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ไปตรวจที่โรงพยาบาลทั่วไป ได้ยามารับประทานอาการไม่ทุเลา วันนี้ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น
3. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจ	เป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี รักษาที่

ค้าขายซึ่งต้องใช้พลังงานและเคลื่อนไหวตลอดเวลา อาจมีข้อดีต่อการควบคุมน้ำหนักตัว อย่างไรก็ตาม ลักษณะการทำงานที่อาจต้องยืนนานและเคลื่อนไหวต่อเนื่อง รวมถึงความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพหลอดเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (cerebral aneurysm)<sup>o</sup> ซึ่งความเครียดเรื้อรังและความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ความเครียดที่เกิดจากการทำงานในลักษณะนี้สามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเพิ่มของความดันโลหิตที่ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดในสมองอ่อนแอลง จนเกิดการโป่งพองของหลอดเลือดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการแตกในที่สุด นอกจากนี้ การยืนหรือเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน อาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง แต่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การขาดการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล หรือการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นปัจจัยที่สามารถเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะนี้

**1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย** เปรียบเทียบข้อมูล

การเจ็บป่วย ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การแพ้อาหารและยา การได้รับการผ่าตัด การดื่มสุราสูบบุหรี่ การวินิจฉัยโรค และการผ่าตัด ของกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังในตารางที่ 2

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	สุขภาพ	โรงพยาบาลชุมชนขนาดยามา 2 เดือน
4. ประวัติการแพ้อาหาร ยา สารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทะเล	ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารทะเล
5. ประวัติการได้รับการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด	ปฏิเสธการผ่าตัด
6. ประวัติการดื่มสุราและสารเสพติด	ปฏิเสธการดื่มสุราและสารเสพติด	ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี
7. การวินิจฉัย	ICA aneurysm	Ruptured intracranial aneurysm Rt. P-com with Hydrocephalus with Rt. Hydro nephrotic with Epilepsy with hypertension with Diabetes mellitus II
8. การผ่าตัด	VP shunt	Craniotomy with clipping aneurysm ventriculostomy

จากข้อมูลสามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้ดังนี้

1. ความคล้ายคลึงกันของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือ ภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพอง ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการทางระบบประสาท เช่น อ่อนแรง ชัก และอาการทางสมองอื่น ๆ ผลกระทบต่อระบบประสาททั้ง 2 ราย แสดงอาการที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายหรือการทำงานผิดปกติของระบบประสาท กรณีศึกษาที่ 1 มีแขนขาอ่อนแรงและกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการชัก ทั้ง 2 รายมีภาวะ Hydrocephalus แต่เกิดจากกลไกที่แตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 เกิดจากการกดทับเส้นประสาทในสมอง และกรณีศึกษาที่ 2 เกิดจากเลือดออกในสมองหลัง Aneurysm แตก

2. ความแตกต่างของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้แก่

2.1 ลักษณะของอาการนำ พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีอาการแขนขาอ่อนแรง ซึ่งเกิดจากการกดทับเส้นประสาทหรือการไหลเวียนเลือดลดลงในสมอง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการชัก เกิดจากหลอดเลือดโป่งพองแตก ทำให้เกิดการกระตุ้นของเซลล์สมองผิดปกติ

2.2 การเจ็บป่วยในปัจจุบัน พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเหนื่อยล้า พุดซ่า ขยับตัวช้า ซึ่งสัมพันธ์กับ Hydrocephalus จากการที่ Aneurysm ไปขัดขวางการระบายของน้ำไขสันหลัง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มี

อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียน ซึ่งเป็นอาการทั่วไปของภาวะเลือดออกในสมองจาก Aneurysm แตก ซึ่งสาเหตุให้ความดันในสมองสูงขึ้น

2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีโรคประจำตัวหรือปัจจัยเสี่ยงเดิม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่และดื่มเหล้า ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิด Aneurysm

2.4 การวินิจฉัยและการผ่าตัด พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 วินิจฉัยว่ามี aneurysm ที่ยังไม่แตก จึงทำการใส่ VP shunt เพื่อระบายความดันจาก Hydrocephalus ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 วินิจฉัยว่าหลอดเลือดสมองโป่งพองแตก มีภาวะเลือดออกในสมองและ Hydrocephalus จึงต้องทำการผ่าตัด Craniotomy และ Clipping aneurysm ร่วมกับ Ventriculostomy

สรุปทั้งสองรายมีภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองและ Hydrocephalus แต่ความแตกต่างอยู่ที่กลไกและอาการนำของผู้ป่วยแต่ละราย โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการแขนขาอ่อนแรงจาก Aneurysm ที่ไม่แตก ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีอาการชักและปวดศีรษะจาก Aneurysm ที่แตก ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดที่ซับซ้อนกว่ารายแรก<sup>10</sup>

**1.3 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่นๆ และการตรวจร่างกาย** เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่นๆ และการตรวจร่างกาย ของกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ และการตรวจร่างกาย ของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
<b>1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b>		
- CBC	Hct 35.9 เปอร์เซ็นต์ WBC 14.0 เซลล์ต่อไมโครลิตร	WBC สูง 13.7 เซลล์ต่อไมโครลิตร
- Electrolyte	ปกติ	Na 131 มิลลิโมลต่อลิตร K 3.9 มิลลิโมลต่อลิตร Cl 91 มิลลิโมลต่อลิตร
- Ca, Mg, PO <sub>4</sub>	ปกติ	ปกติ
- Coagulation test	ปกติ	ปกติ
- Anti HIV	Negative	Negative
- DTX	155 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์	-
<b>2. การตรวจพิเศษ</b>		
- CXR	ปกติ	ปกติ
- EKG 12 leads	ปกติ	ปกติ
- CT brain	Anterior circulation: Mild atherosclerosis of the bilateral intracranial internal carotid arteries (ICA)	Acute IMH Evidence of EVD insertion, tip is near foramen of Monro Diffuse SAH
<b>3. การตรวจร่างกายแรกรับ</b>		
- ระดับความรู้สึกตัว	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี	ผู้ป่วยซักระตุก
- GCS	E4V5M6 ขนาดรูม่านตา 3 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดี	E2V5M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสงดี
- Motor power	แขนขา 2 ข้างขยับได้เกรด 5	แขนขา 2 ข้าง ขยับได้เกรด 5
- การหายใจ	หายใจปกติ ไม่เหนื่อย	On O <sub>2</sub> mask with bag 10 LPM เหนื่อย
- สัญญาณชีพ	ความดันโลหิต 137/83 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที	ความดันโลหิต 199/174 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	อัตราการหายใจ 23 ครั้งต่อนาที O <sub>2</sub> sat 100 เปอร์เซ็นต์	อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที O <sub>2</sub> sat 100 เปอร์เซ็นต์
การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษ และการตรวจร่างกาย มีดังนี้	Atherosclerosis เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดหลอดเลือดสมองโป่งพอง เนื่องจากการสะสมของไขมันในหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดอ่อนแอและโป่งพองได้ ส่วนการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Ruptured aneurysm) มักทำให้เกิดภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาทันเวลา การรักษาโดยการผ่าตัด Clipping aneurysm จะช่วยป้องกันการแตกซ้ำ	3. การตรวจร่างกาย กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีการตอบสนองที่ดี รูม่านตาขนาดปกติ มีการตอบสนองต่อแสงที่ดี แขนขาทั้งสองข้างขยับได้ดี อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงปกติ กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการชักและความดันโลหิตสูงมาก (199/174 มิลลิเมตรปรอท) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ทำให้ความดันในสมองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการหายใจช้าลงและอาการเหนื่อยอ่อนเป็นสัญญาณที่บ่งชี้ถึงการบาดเจ็บในสมอง <sup>11</sup> ส่วนที่ควบคุมการหายใจและการทำงานของหัวใจ การตอบสนองทางร่างกายที่ปกติในกรณีศึกษาที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจาก Aneurysm แต่ในกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงและมีอาการชัก บ่งชี้ถึงการบาดเจ็บของสมองที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง การแตกของ Aneurysm ทำให้เกิดความดันในสมองสูงขึ้นและอาจกระตุ้นให้เกิดอาการชัก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมอง
1. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาที่ 1 มีผล WBC สูง (14.0 เซลล์ต่อไมโครลิตร) ซึ่งบ่งชี้ถึงการติดเชื้อหรือการอักเสบในร่างกาย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) สูงเล็กน้อยที่ 155 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อาจแสดงถึงความเสี่ยงของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี กรณีศึกษาที่ 2 มีผล WBC สูง (13.7 เซลล์ต่อไมโครลิตร) คล้ายกับรายแรก ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการอักเสบหรือการติดเชื้อ มีระดับโซเดียม (Na) ต่ำเล็กน้อยที่ 131 มิลลิโมลต่อลิตร ซึ่งเป็นภาวะ Hyponatremia เล็กน้อย การเพิ่มขึ้นของ WBC บ่งบอกถึงการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อหรือการอักเสบ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบาดเจ็บหรือมีการอักเสบของระบบประสาท ส่วนภาวะ Hyponatremia มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองบาดเจ็บหรือภาวะเลือดออกในสมอง ซึ่งอาจเกิดจากการที่ไตขับเกลือโซเดียมออกมากเกินไปหรือการที่ร่างกายมีการขับน้ำมากเกินไป		
2. การตรวจพิเศษ กรณีศึกษาที่ 1 ผล CT brain แสดงให้เห็นว่า มีภาวะ Atherosclerosis (ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว) บริเวณเส้นเลือดใหญ่ภายในสมอง (ICA) และหลอดเลือดโป่งพองบริเวณ cavernous segment ของหลอดเลือด ICA ข้างซ้าย มีเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 8 มิลลิเมตร ซึ่งยังไม่มีภาวะแตกหรือการอุดตันในเส้นเลือดนี้ กรณีศึกษาที่ 2 มีการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Clipping of right P-com aneurysm) และเกิดการสะสมของเลือดในสมองส่วนขวาและบริเวณ Ventricle (Hydrocephalus) มีอาการเลือดออกในโพรงสมองและรอยแตกของผนังสมอง นอกจากนี้ ยังพบการบวมของสมองและการเคลื่อนของโครงสร้างสมองไปทางซ้าย ภาวะ		
		1.4 การประเมินภาวะสุขภาพ ผลการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน <sup>12</sup> ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน กรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยไม่เคยตรวจสุขภาพ ปฏิเสธโรคประจำตัว	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ชาติยาวนานกว่า 2 เดือน
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนักตัว 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร ค่า BMI 19.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงปกติ แต่ญาติแจ้งว่ากินได้น้อยลง เหนื่อยและอ่อนเพลีย อาจบ่งบอกถึงการเผาผลาญพลังงานที่ผิดปกติหรือขาดสารอาหารบางชนิด	น้ำหนัก 67 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร ค่า BMI 23.74 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่าอยู่ในช่วงปกติ แม้จะมีน้ำหนักปกติแต่ความดันโลหิตสูงและเบาหวานแสดงถึงการเผาผลาญพลังงานที่ไม่ปกติ
3. การขับถ่าย	การขับถ่ายผิดปกติ กลั้นปัสสาวะได้บางครั้ง	การขับถ่ายปกติ
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	มีอาชีพค้าขาย ต้องเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องแต่ไม่ได้รับการออกกำลังกายที่เป็นกิจวัตรชัดเจน การสั่นลัมในท้องบ่งชี้ว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออาจลดลง คะแนน ADL 70	ผู้ป่วยมีอาชีพค้าขาย แต่ไม่มีการระบุถึงการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ความเสี่ยงในการทำงานที่ใช้พลังงานมากอาจมีผลต่อระบบหลอดเลือดคะแนน ADL 50
5. การพักผ่อนนอนหลับ	ผู้ป่วยมีปัญหานอนไม่หลับในช่วงสองสัปดาห์ก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งอาจมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจ	ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับพักผ่อน
6. สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยเริ่มมีอาการพูดซ้ำ ขยับตัวซ้ำ อาการเหล่านี้อาจเป็นผลจากภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองหรือการอักเสบในสมอง	ผู้ป่วยมีอาการชักและ GCS ต่ำ (E2V5M5) ซึ่งอาจเกิดจากการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพองและทำให้การรับรู้บกพร่อง
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยไม่ได้แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองหรือการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงในร่างกาย แต่ญาติแจ้งว่าอ่อนเพลียและเคลื่อนไหวช้าลง	การรับรู้ปกติ
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	ครอบครัวช่วยเหลือกันดี รักใคร่ ไม่ทะเลาะวิวาท	เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องทำงานเลี้ยงครอบครัว
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์
10. การปรับตัวและการเผชิญกับ	สามารถเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ไม่	ภาวะความเครียดที่เกิดจากการจัดการ

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ความเครียด	แสดงถึงความเครียดที่ต้องสูญเสียบุตร ยอมรับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้น	กับโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ ไม่ได้รับการควบคุมอาจเป็นปัจจัยที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัว และการจัดการสุขภาพ
11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณี ไม่ได้เคร่งครัดหรือยึดถือสิ่งใดเป็นพิเศษ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณี

จากการประเมินตามแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน สามารถเห็นความแตกต่างในการดูแลสุขภาพและการเผชิญกับโรคของผู้ป่วยทั้งสองราย โดยรายที่ 2 มีปัญหาด้านการควบคุมโรคประจำตัวที่ส่งผลให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตก ขณะที่กรณีศึกษาที่ 1 ไม่มีประวัติโรคประจำตัวแต่มีความเสี่ยงจากภาวะหลอดเลือดโป่งพอง

### 1.5 ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ 1 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 18 มกราคม 2567 เวลา 12.00 น. แพทย์ส่งตรวจ CT แรกรับและส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดวันที่ 19 มกราคม 2567 หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีไข้ อาการทั่วไปคงที่ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ในวันที่ 27 มกราคม 2567 และนัดตรวจติดตาม อาการอีก 2 สัปดาห์ ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมระบบประสาท รวมจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 เข้ารับการรักษาในวันที่ 19 มกราคม 2567 เวลา 00.48 น. ได้รับการตรวจ CT brain มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง 5 ปี ขาดยามา 2 เดือน ต้มเหล้าและสูบบุหรี่มากกว่า 10 ปี ได้รับการผ่าตัดในวันแรก หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัว แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการทั่วไปคงที่ ความดันโลหิตปกติ แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน ในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 รวมวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 18 วัน และนัดตรวจติดตามอาการอีก 2 สัปดาห์ ในวันที่ 4 มีนาคม 2567 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมระบบประสาท

2. วินิจฉัยการพยาบาล จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ นำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตามระยะการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก รับ ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกรับ	1. ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) จากการมีภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ตรวจพบจากการตรวจ CT Brain โดยเฉพาะใน ส่วนที่เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจแตกในอนาคต	1. ความเสี่ยงต่อการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Risk for Rupture of Brain Aneurysm) มีประวัติการผ่าตัดคิลิปหลอดเลือดสมองโป่งพองและตรวจพบภาวะเลือดออกในสมองที่เพิ่มมากขึ้นจาก CT Brain พร้อมทั้งพบ GCS ต่ำและอาการชัก

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะดูแลต่อเนื่อง	<p>2. ภาวะการขาดความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากการอ่อนเพลียและสับสน</p> <p>3. ภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ (Imbalanced Nutrition: Less than Body Requirements) ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลีย ซึ่งอาจเป็นสัญญาณของการขาดสารอาหารหรือพลังงาน</p> <p>4. ภาวะการนอนหลับไม่เพียงพอ (Sleep Pattern Disturbance) มีปัญหาอนไม่หลับในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งอาจเป็นผลจากความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย</p>	<p>2. การควบคุมโรคเรื้อรังไม่เพียงพอ (Ineffective Health Maintenance) ผู้ป่วยมีประวัติความดันโลหิตสูงและเบาหวาน แต่ไม่ได้รับยามานานกว่า 2 เดือน</p> <p>3. ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวม (Risk for Cerebral Edema) ผลการตรวจ CT Brain พบภาวะสมองบวมและมีการเลื่อนของโครงสร้างสมองไปทางซ้าย</p> <p>4. ภาวะการรับรู้บกพร่อง (Impaired Cognition) GCS ต่ำ และอาการชักบ่งบอกถึงการทำงานของสมองที่บกพร่องจากการแตกของหลอดเลือดสมอง</p>
ระยะจำหน่าย	<p>5. ความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ (Risk for falls) การสับสนในห้องน้ำครั้งก่อนเป็นสัญญาณที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการหกล้มในอนาคต</p>	<p>5. ภาวะการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Impaired Physical Mobility) คะแนน ADL 50 มีความต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน</p> <p>6. ความเสี่ยงต่อการชักซ้ำ (Risk for Seizure Recurrence) มีประวัติการชักหลังจากภาวะหลอดเลือดโป่งพองแตก ซึ่งอาจทำให้เกิดการชักซ้ำในอนาคต</p>

จากตารางที่ 5 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล จำนวน 5 ข้อ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลจำนวน 6 ข้อ โดยที่ข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีความแตกต่างกัน ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย

**3. การพยาบาลและการประเมินผล** จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ระบุในตารางที่ 5 นำสู่การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล โดยเรียงตามความสำคัญของปัญหาและแยกตามระยะการพยาบาล ซึ่งได้นำเสนอข้อ

วินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

### 3.1 การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

3.1.1 ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) จากการมีภาวะหลอดเลือดสมองโป่งพองที่ตรวจพบจากการตรวจ CT Brain โดยเฉพาะในส่วนที่เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดสมองซึ่งอาจแตกในอนาคต เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มเติมจากการแตกของหลอดเลือดโป่ง

พอง การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะอาการของอาการบาดเจ็บในสมอง เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ให้ผู้ป่วยพักผ่อนและลดความเครียดที่อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูงเตรียมความพร้อมสำหรับการทำ CT Brain ซ้ำหากมีอาการแย่งลง หรือมีอาการใหม่ที่น่าสงสัยบ่งบอกถึงการแตกของ aneurysm การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีสัญญาณของการแตกของหลอดเลือดโป่งพอง อาการทางสมองคงที่และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในเกณฑ์ปกติ

3.1.2 ความเสี่ยงต่อการแตกของหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Risk for Rupture of Brain Aneurysm) มีประวัติการผ่าตัดคลิปหลอดเลือดสมองโป่งพองและตรวจพบภาวะเลือดออกในสมองที่เพิ่มมากขึ้นจาก CT Brain พร้อมทั้งพบ GCS ต่ำและอาการชัก เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะสมองเสียหายเพิ่มเติมจากการแตกของ aneurysm การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ เฝ้าระวัง GCS ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อตรวจสอบการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงของสภาพสมอง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อลดแรงดันในสมอง จัดให้ได้รับยาเพื่อลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะสมองบวมเพิ่มเติม GCS คงที่ และอาการชักลดลง

### 3.2 การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

3.2.1 ภาวะการขาดความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากการอ่อนเพลียและล้าซึม เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยลดความเสี่ยงในการล้าซึม การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ประเมินการเคลื่อนไหวและความสมดุลของร่างกาย จัดเตรียมเครื่องช่วยเดินและแนะนำวิธีใช้อย่างปลอดภัย

สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการฟื้นฟูความสามารถในการเคลื่อนไหว การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถเดินได้อย่างมั่นคงด้วยการใช้เครื่องช่วยเดินและไม่มีการล้าซึม

3.2.2 การควบคุมโรคเรื้อรังไม่เพียงพอ (Ineffective Health Maintenance) จากประวัติความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความดันโลหิตและเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเมื่อหลังการจำหน่าย สอนการตรวจวัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการจัดการโรคเรื้อรังและแสดงความสามารถในการตรวจวัดค่าน้ำตาลและความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง

### 3.3 การพยาบาลระยะจำหน่าย

3.3.1 ความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำ (Risk for Falls) เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อลดความเสี่ยงในการหกล้มของผู้ป่วยหลังกลับบ้าน การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ สอนและฝึกวิธีการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในห้องน้ำ ให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อม เช่น การติดราวจับในห้องน้ำและการป้องกันพื้นลื่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการเคลื่อนไหวและการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย มีความมั่นใจในการเดินและหลีกเลี่ยงการล้าซึม

3.3.2 ภาวะการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Impaired Physical Mobility) และความเสี่ยงต่อการชักซ้ำ (Risk

for Seizure Recurrence) เป้าหมายการพยาบาล คือ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และลดความเสี่ยงการชักซ้ำ การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ จัดเตรียมโปรแกรมฟื้นฟูเพื่อช่วยฟื้นฟูการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมประจำวัน แนะนำสัญญาณการชักและการป้องกันการชัก ส่งเสริมการสร้างความมั่นใจในการทำกิจกรรมประจำวัน โดยมีการช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ดีขึ้น และเข้าใจวิธีสังเกตและป้องกันการชัก

**สรุปผลกรณีศึกษา:** กรณีศึกษาที่ 1 มาโรงพยาบาลด้วยปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยตรวจสุขภาพ ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น ICA aneurysm ได้รับการผ่าตัด VP Shunt หลังผ่าตัดมีภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากการติดเชื้อจากแผล Ventriculostomy และโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จนผ่านพ้นระยะวิกฤต มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่ รู้สึกตัวดี แขนขา 2 ข้าง แข็งแรงดี ชยับได้เกรด 5 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รักษาไม่สม่ำเสมอ ยังสูบบุหรี่ และดื่มเหล้ามานาน มากกว่า 10 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น Ruptured right ACA aneurysm with SAH ได้รับการผ่าตัด Craniotomy with clipping aneurysm หลังผ่าตัดมีภาวะเลือดออกซ้ำ หลอดเลือดสมองหดเกร็ง เกิดภาวะสมองขาดเลือดในระยะหลัง และมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำได้รับการดูแลรักษาพยาบาล จนผ่านพ้นระยะวิกฤต มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาการทางระบบ

ประสาทและสัญญาณชีพคงที่ รู้สึกตัวดี แขนขาข้างซ้าย แข็งแรงดี ชยับได้เกรด 5 แขนขาข้างซ้ายชยับได้เกรด 4 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 18 วัน

**การอภิปรายผล:** พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและให้การพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยนอนรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่มีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา หากมีการติดตามหรือประเมินไม่ถูกต้อง ครอบครัวอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีภาวะพิการได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้และสมรรถนะในการให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย มีการทบทวนมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสมต่อไป

**ข้อเสนอแนะ:** จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. นำไปเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล สำหรับพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง
  2. นำไปจัดทำเป็นคู่มือและใช้เป็นแนวทางในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง
  3. ใช้เป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง
- กิตติกรรมประกาศ**

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ รองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ โรงพยาบาลขอนแก่น หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 ที่กรุณาให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท 1 ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านรวมถึงผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโป่งพองที่เข้าร่วมการศึกษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษา

**เอกสารอ้างอิง**

1. Nursing Division. Roles and duties of professional nurses. Suea Tawan Publishing House; 2018.
2. Sutsakorn W. Nursing care for patients with ruptured cerebral aneurysm with subarachnoid hemorrhage: A case study of 2 cases. J Med Public Health Health Reg 3. 2022;19(3):223-234.
3. Wanchari A, Rojanaratnakun S, Utharas W. The results of the development of nursing practice guidelines for the care of patients with acute ischemic stroke at Chiang Yuen Hospital, Maha Sarakham Province. J Nurs Health Sci. 2023;3(3):8-22.
4. Chaiwisit W. Nursing patients with cerebral aneurysm who underwent craniotomy to clamp cerebral aneurysm during surgery [Internet]. [cited 2022 Jun 15]. Available from: <http://www2.si.mahodol.ac.th>
5. Okong A. Nursing care for patients with cerebral aneurysm who received anesthesia during cerebral aneurysm ligation surgery. Cerebral aneurysm: a case study of 2 cases. J Health Res Innov. 2021;4(1):54-69.
6. Phanthusuwan K, Mantraporn N. Development of clinical nursing practice guidelines for general anesthesia during cerebral aneurysm closure surgery at Chao Phraya Yommaraj Hospital.
7. World Health Organization. Aging and health. WHO Press; 2015.
8. National Heart, Lung, and Blood Institute. BMI and health risks. U.S. Department of Health & Human Services; 2020.
9. Harvard Medical School. The impact of waist circumference on cardiovascular risk. Harvard Health Publishing; 2018. Available from: <https://www.health.harvard.edu>
10. Mayo Clinic. Metabolic syndrome: Risk factors and management. 2021. Available from: <https://www.mayoclinic.org>
11. The Journal of Occupational Health. Musculoskeletal risks and prolonged standing in occupational settings. J Occup Health. 2020;62(3):1-12.
12. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nurse's pocket guide: Diagnoses, prioritized interventions, and rationales. 15th ed. F.A. Davis Company; 2019.

## การพยาบาลทารกที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก: กรณีศึกษา 2 ราย

บุณณดา ขาวงาม พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ:** ความพิการแต่กำเนิดบริเวณทวารหนัก (Anorectal malformation) ทำให้ทารกไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ ส่งผลให้เกิดการอุดตันหรือการติดเชื้อ ควรได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วนภายใน 24 ชั่วโมง ทารกต้องได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างปลอดภัย

**วัตถุประสงค์การศึกษา:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลทารกที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 2 ราย ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 ปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของทวารหนักแบบทำรูทวารเทียม ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลพบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในร่างกายน่ากลัว ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร ภาวะหายใจหอบและภาวะควบคุมอุณหภูมิกายไม่สมบูรณ์ กรณีศึกษาที่ 1 พบมีโรคร่วม ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Tetralogy of Fallot) และมีค่าไทรอยด์ฮอร์โมนผิดปกติ ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการจัดการแก้ไข ทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและมารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกที่มีรูทวารเทียม จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต กรณีศึกษาที่ 1 มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลรวม 21 วัน มีน้ำหนักตัวเมื่อวันจำหน่าย 2,370 กรัม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลรวม 9 วัน มีน้ำหนักตัวเมื่อวันจำหน่าย 3,190 กรัม

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้สามารถระบุปัญหาและให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ควรนำไปพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและปลอดภัย

**คำสำคัญ:** ความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก, การพยาบาลทารก, กระบวนการพยาบาล

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Nursing Care for Infants with Anorectal Malformations: Two Case Studies

Bunnada Khowngam B.N.S.\*

### Abstract

**Background and rationale:** Anorectal malformations, which prevent infants from passing stool, can lead to obstruction or infection and require urgent surgery within 24 hours. Infants must be properly prepared for surgery, receive appropriate post-operative care, and be safely managed at home

**Objective:** To compare the application of the nursing process in the care of infants with anorectal malformations

**Method:** This was a case study of two newborn patients with anorectal malformations, treated at Khon Kaen Hospital from April to July 2024. Nursing care was provided using the nursing process and health assessment concepts based on Gordon's 11 Functional Health Patterns. Data were analyzed and compared by content analysis.

**Results:** Both case studies underwent surgery for colostomy. During hospitalization, nursing problems were identified, including infection, fluid and nutrient imbalances, shortness of breath, and impaired thermoregulation. Case Study 1 also had comorbidities, including Tetralogy of Fallot and abnormal thyroid hormone levels. These nursing problems were effectively managed and resolved. The infants were safe from complications and the mothers gained confidence in caring for their infants with colostomy. Both infants were discharged with medical approval. Case Study 1 had a total hospital stay of 21 days and weighed 2,370 grams at discharge, while Case Study 2 had a total hospital stay of 9 days and weighed 3,190 grams at discharge.

**Conclusion and Recommendations:** Using the nursing process as a tool in clinical practice allows for the identification of problems and the delivery of comprehensive nursing care. It is recommended that this approach be developed into a nursing practice guideline to ensure that patients receive care that meets established standards safely.

**Keywords:** Anorectal malformations, nursing care for infant, nursing process

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

ความพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก (Anorectal malformation) เป็นความพิการซับซ้อนบกพร่อง<sup>1,2</sup> คือ มีลักษณะรูทวารหนักไม่เปิดออกสู่ภายนอกหรือเปิดแต่ไม่สมบูรณ์ รูทวารปัสสาวะไม่เปิดสู่ภายนอกอย่างปกติ (Hypospadias, Exstrophy bladder) รูทวารหนักและปัสสาวะเปิดลงในอวัยวะเพศหรือช่องคลอด (Cloaca) การดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก คือ การผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ส่วนผลกระทบภายหลังการผ่าตัด อาจพบการติดเชื้อลำไส้หลังผ่าตัด รอยแผลผ่าตัดทวารตีบแคบ และการติดเชื้อของรูทวารเทียม<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากอาการเจ็บป่วยของทารก การได้รับข้อมูล และคำแนะนำที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลทุกระยะ ทั้งระยะรักษาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>4,5</sup>

หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลขอนแก่น ให้การรักษาพยาบาลทารกตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 1 เดือน สถิติการให้บริการ ปี 2564 - 2566 พบว่า มีผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่รับไว้ในความดูแลมีจำนวน 882; 1,112; และ 1,171 ราย ตามลำดับ เป็นทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติบริเวณรูทวาร จำนวน 17, 12, และ 21 ราย ตามลำดับ และทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติของทวารหนัก ร่วมกับความพิการแต่กำเนิดชนิดอื่น จำนวน 10, 7, และ 13 รายตามลำดับ ทารกทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของทวารหนัก ต้องรักษาโดยการผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง<sup>3,6</sup> ซึ่งการผ่าตัดจะมีทั้งแบบการแก้ไขความผิดปกติของรูทวาร (Anoplasty) และการผ่าตัดแบบการทำรูทวารเทียม (Colostomy) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความผิดปกติบริเวณรูทวารของทารกแรกเกิด หากมีความรุนแรงระดับต่ำจะเลือกผ่าตัด Anoplasty ได้ตั้งแต่แรกเกิด แต่หากมีความรุนแรงระดับปานกลางหรือระดับสูงจะผ่าตัดทำ

Colostomy ในระยะแรกเกิด และทำการผ่าตัดรูทวารหนักเมื่ออายุ 2-3 เดือน หรือน้ำหนักตั้งแต่ 4 กิโลกรัมขึ้นไป ทารกและครอบครัวต้องได้รับการเตรียมความพร้อมรับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ<sup>7</sup>

ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีความพิการชนิดที่มีความผิดปกติของทวารหนัก ในขั้นตอนการรักษาและการผ่าตัดระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้องค์ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ช่วยประคับประคองทารกแรกเกิด และครอบครัวของทารกแรกเกิดในการเผชิญกับปัญหา อาการเจ็บป่วย ช่วยให้ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างปลอดภัย ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลและจัดการด้านการขับถ่ายของทารกแรกเกิด รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม<sup>8</sup>

### วัตถุประสงค์การศึกษา:

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลทารกที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลายและทวารหนัก เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2567 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลและแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ และการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

### ผลการศึกษา

นำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ 2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล และ 3. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

## 1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ

### 1.1 ข้อมูลทั่วไป รวบรวมข้อมูลทั่วไป

ของทารกที่มีความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลาย และทวารหนัก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ เชื้อชาติ สัญชาติ

สิทธิการรักษา การศึกษา อาชีพ ศาสนา ที่อยู่ปัจจุบัน สิทธิการรักษา วันที่เข้ารักษา วันที่จำหน่าย และวันนอนรักษา เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เพศ	ชาย	ชาย
2. อายุ	แรกเกิด	แรกเกิด
3. น้ำหนักแรกเกิด	2,180 กรัม	3,060 กรัม
4. เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
5. สัญชาติ	ไทย	ไทย
6. คะแนน APGAR	9, 10, 10	9, 10, 10
7. อายุครรภ์มารดา	37 <sup>+1</sup> สัปดาห์	39 <sup>+2</sup> สัปดาห์
8. ศาสนา	พุทธ	พุทธ
9. ที่อยู่ปัจจุบัน	อ. แวงน้อย จ. ขอนแก่น	อ. โกสุมพิสัย จ. มหาสารคาม
10. สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อมูลที่เหมือนกัน ได้แก่ เพศ อายุ คะแนน APGAR เชื้อชาติ ศาสนา และสิทธิการรักษา ส่วนข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน คือ อายุครรภ์มารดา โดยที่กรณีศึกษารายที่ 1 ประมาณการอายุครรภ์ได้ 37<sup>+1</sup> สัปดาห์ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ประมาณการอายุครรภ์ได้ 39<sup>+2</sup> สัปดาห์ กรณีศึกษาที่ 2 มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่ากรณีศึกษาที่ 1 โดยที่กรณีศึกษาที่ 1 มีน้ำหนักแรกเกิด 2,180 กรัม ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีน้ำหนักแรกเกิด 3,060 กรัม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีร่างกาย และสุขภาพพื้นฐานอยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมทั้งจะทำการรักษาต่อเพื่อให้ปลอดภัยในการเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. อาการสำคัญ	ไม่มีรูทวาร ตั้งแต่แรกเกิด	ไม่มีรูทวาร ตั้งแต่แรกเกิด
2. ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ทารกแรกเกิด หายใจสม่ำเสมอ แขนขาขยับดี ปลายมือปลายเท้าเขียว อัตราการเต้นหัวใจ	ทารกแรกเกิด หายใจสม่ำเสมอ แขนขาขยับดี ไม่มีอาการหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว

1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของทารก ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา ประวัติการคลอด ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว การวินิจฉัยแรกรับ ประวัติการแพทย์/สารต่างๆ การตรวจร่างกายของทารกเพื่อประเมินอายุครรภ์โดยใช้ **Ballard Maturation Score** ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม การดูแลรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล น้ำหนักก่อนจำหน่าย ชนิดการผ่าตัด และสรุปการวินิจฉัยโรค เปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	140 ครั้งต่อวันที่ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 °C ตรวจร่างกายไม่พบรูทวาร จึงส่งตัวมารับการ รักษาต่อ	อัตราการเต้นหัวใจ 120 ครั้งต่อวันที่ อุณหภูมิ ร่างกาย 37.0 °C ตรวจร่างกายไม่พบรูทวาร จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อ
3. ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา	มารดาอายุ 29 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 ไม่มีประวัติ แท้ง อายุครรภ์คำนวณจากวันแรกของการมี ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last menstruation period: LMP) เท่ากับ 37 <sup>+1</sup> สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน 3 ครั้ง (Late ANC) ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำเดิน มารดา ไม่มีประวัติติดเชื้อขณะตั้งครรภ์	มารดาอายุ 22 ปี ตั้งครรภ์แรก ไม่มีประวัติ แท้ง อายุครรภ์คำนวณจากการวันแรกของ การมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last menstruation period: LMP) เท่ากับ 39 <sup>+2</sup> สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั่วไป 3 ครั้ง (Late ANC) ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำเดิน มารดาไม่มี ประวัติติดเชื้อขณะตั้งครรภ์
4. ประวัติการคลอด	คลอดปกติทางช่องคลอดท่าศีรษะ ทารกเพศชาย ประเมิน APGAR score ได้ 9, 10, 10 น้ำหนักแรกเกิด 2,180 กรัม	ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง เนื่องจากปริมาณ น้ำคร่ำน้อยกว่าปกติ (Oligohydramnios) ทารกเพศชาย ประเมิน APGAR score ได้ 9,10,10 น้ำหนักแรกเกิด 3,060 กรัม
5. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีโรคประจำตัวและโรคทางพันธุกรรม	ไม่มีโรคประจำตัว และโรคทางพันธุกรรม
5.การวินิจฉัยแรกรับ	Imperforate Anus	Imperforate Anus
6. ประวัติการแพ้	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ
7. การตรวจร่างกายของทารกเพื่อ ประเมินอายุครรภ์โดยใช้ Ballard Maturation Score	คะแนนระดับความสมบูรณ์ของการเจริญ (Maturity rating) ได้ 32 คะแนน คะแนนอายุ ครรภ์ได้ เท่ากับ 36 <sup>+2</sup> สัปดาห์	คะแนนระดับความสมบูรณ์ของการเจริญ (Maturity rating) ได้ 36 คะแนน คะแนนอายุ ครรภ์ได้ เท่ากับ 38 <sup>+1</sup> สัปดาห์
8. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	เป็นบ้านปูนชั้นเดียว อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค	เป็นบ้านสองชั้นข้างบนทำด้วยไม้ ชั้นล่างทำด้วยปูน อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค
9. การรักษาพยาบาลที่ได้รับ	1. NPO on 10%DN/5 IV drip 10 ml/hr 2. Retained OG เพื่อระบายลมในช่องท้อง 3. Film prone lateral cross table view ผลพบเป็นชนิดไม่มีรูทวารเปิด (High type) 4. ติดถุง Urine Bag สังเกตสีปัสสาวะเพื่อ ประเมินการเปิดของรูทวารเชื่อมกับท่อ ปัสสาวะ ผลพบว่า ไม่พบอุจจาระปนออกมา กับปัสสาวะ 5. เจาะ DTX ทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจากทารกมี ค่า DTX แรกรับ 190 mg% ให้เปลี่ยน	1. NPO on 10%DN/5 IV drip 12 ml/hr 2. Retained OG เพื่อระบายลมในช่องท้อง 3. Film prone lateral cross table view ผลพบเป็นชนิด ไม่มีรูทวารเปิด (High type) 4. ติดถุง Urine Bag สังเกตสีปัสสาวะเพื่อ ประเมินการเปิดของรูทวารเชื่อมกับท่อ ปัสสาวะ ผล ไม่พบอุจจาระปนออกมากับ ปัสสาวะ 5. เจาะ DTX หลังปรับ rate IV ได้ 84 mg% อยู่ในค่าปกติ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>สารละลายทางหลอดเลือดดำเป็น 7.5%DN/5 IV drip 10 ml/hr และเจาะ DTX เพื่อประเมินอาการ หลังเจาะ F/U DTX = 120 mg% จึง เปลี่ยนเป็นเจาะ DTX ทุก 12 ชั่วโมง 6.00 น. = 140 mg% 18.00 น. = 138 mg%</p> <p>6. Set OR for Rt. Transverse colostomy emergency เนื่องจากผล Film พบว่าเป็น High type of Imperforate anus without fistula</p> <p>7. ส่งตรวจ CBC, Electrolyte, Hct, DTX จองเลือด LPPRC 25 ml ผลเลือดพบค่า K = 2.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ) แพทย์พิจารณาแก้ไข โดยให้ ผสม KCL 3 ml ใน 7.5%DN/5 100 ml IV drip 10 ml/hr ส่งตรวจ K หลังแก้ไข ได้ค่า K = 3.9 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ</p>	<p>6. Set OR for Rt Transverse colostomy emergency เนื่องจากผล Film พบว่าเป็น High type of Imperforate anus without fistula</p> <p>7. ส่งตรวจ CBC, Electrolyte, Hct, DTX จองเลือด LPPRC 30 ml ผลเลือดปกติ</p>
	<p><b>Pre-Operation</b></p> <p>8. แพทย์ศัลยกรรมเด็กนัดพูดคุยกับบิดามารดาเพื่ออธิบาย อาการ วิธีการรักษา ผลข้างเคียง ให้มารดา บิดา เข้าใจและขอ ความยินยอมในการผ่าตัดบิดามารดาเซ็นต์ ยินยอมผ่าตัด</p> <p>9. NPO on 7.5%DN/5 IV drip 9 ml/hr</p> <p>10. จอง NICU หลังผ่าตัด</p> <p>11. ขอเลือด LPPRC 25 ml ก่อนไป OR</p>	<p><b>Pre-Operation</b></p> <p>8. แพทย์ศัลยกรรมเด็กนัดพูดคุยกับบิดามารดาเพื่อ อธิบาย อาการ วิธีการรักษา ผลข้างเคียง ให้มารดา บิดา เข้าใจและ ขอ ความยินยอมในการผ่าตัด บิดามารดาเซ็นต์ยินยอมผ่าตัด</p> <p>9. NPO on 10%DN/5 IV drip 12 ml/hr</p> <p>10. จอง NICU หลังผ่าตัด</p> <p>11. ขอเลือด LPPRC 30 ml ก่อนไป OR</p>
	<p><b>Post- Operation</b></p> <p>12. On ETT ย้าย NICU หลังผ่าตัด เพื่อ สังเกตอาการ</p> <p>13. NPO on 7.5 % DN/5 IV drip 9 ml/hr</p> <p>14. ให้ Ampicillin 105 mg ทุก 12 hr, Gentamicin 8 mg ทุก 24 hr ฉีดทางหลอดเลือด</p>	<p><b>Post- Operation</b></p> <p>12. On ETT ย้าย NICU หลังผ่าตัด เพื่อ สังเกตอาการ</p> <p>13. NPO on 10%DN/5 IV drip 14 ml/hr.</p> <p>14. ให้ Ampicillin 310 mg ทุก 12 hr, Gentamicin 12 mg ทุก 24 hr ทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ แพทย์ plan จะให้ยา 7 วัน</p> <p>14. Off ETT หลังเอาท่อช่วยหายใจออก ทารกหายใจดีไม่หอบ ค่าความอิ่มตัวในเม็ดเลือดแดง 99-100 % แพทย์จึงพิจารณาย้าย หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด</p> <p>15. เริ่มให้นม 5 ml ทุก 3 ชั่วโมง ถ้ารับได้ 2 ครั้ง ให้เพิ่มเป็น 10 ml ทุก 3 ชั่วโมง ทารก ดูดนมจากเต้ามารดาได้ดี แพทย์จึงพิจารณา หยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่อายุ 4 วัน และยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 7 วัน แพทย์จึง พิจารณาหยุดให้ยาปฏิชีวนะ</p>

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>เลือดดำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ แพทย์ plan จะให้ยา 7 วัน</p> <p>14. Off ETT หลังเอาท่อช่วยหายใจออก ทารกหายใจดีไม่หอบ ค่าความอิ่มตัวในเม็ดเลือดแดง 95-97% แพทย์จึงพิจารณาย้าย กลับหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด</p> <p>15. ให้กินนมแม่ 10 ml ทุก 3 hr หลังเริ่มกินนมท้องไม่อืด รับนมได้ แพทย์จึงพิจารณาให้เพิ่มนมทุกวันจนสามารถดูดนมจากเต้ามารดาได้และหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่อายุ 7 วัน แต่เนื่องจากผิวหนังรอบๆ แผล Colostomy มีรอยแดง แพทย์จึงให้ยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 10 วัน และสั่งให้ทา zinc paste รอบๆ แผล Colostomy</p> <p>16. ส่งปรึกษาศูนย์ Colostomy care เพื่อฝึกมารดาในการดูแล Colostomy</p> <p>17. ส่งปรึกษาแพทย์เชี่ยวชาญโรคหัวใจ เนื่องจากฟังหัวใจได้ยินเสียง murmur</p> <p>18. ส่งตรวจ Echocardiogram ผล พบ TOF (Tetralogy of Fallot) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว</p> <p>19. ส่งนัด U/S KUB เนื่องจากไม่มีลูกอัณฑะในถุงอัณฑะ</p> <p>20. เจาะคัดกรอง TSH/PKU/IEM และ TSH, FT4 ผลตรวจ พบว่า ค่า TSH สูงกว่าค่าปกติ 11.40 ส่งปรึกษาแพทย์ต่อมไร้ท่อ ตรวจค่า TSH ซ้ำได้ค่า 12.4 จึงให้ยา Eltoxin 1/4-tab วันละ 1 ครั้ง นัดเจาะเลือดซ้ำอีก 1 เดือน</p> <p>21. ตรวจคัดกรองการได้ยิน OAE ผล ปกติทั้ง 2 ข้าง</p> <p>22. ได้รับวัคซีน HBV และ BCG ก่อนจำหน่าย</p>	<p>16. ส่งปรึกษาศูนย์ colostomy care เพื่อฝึกมารดาในการดูแล colostomy</p> <p>17. ตรวจคัดกรอง CCHD ผลการตรวจคัดกรองเป็นปกติ ไม่มีอาการของความผิดปกติของภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว</p> <p>20. ตรวจคัดกรอง TSH/PKU/IEM</p> <p>21. ตรวจคัดกรองการได้ยิน OAE ผล ปกติทั้ง 2 ข้าง</p> <p>22. ได้รับวัคซีน HBV และ BCG ก่อนจำหน่าย</p> <p>23. นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายที่ คลินิกทารกแรกเกิด คลินิกศัลยกรรมเด็ก และคลินิกพัฒนาการ</p>

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	23. นัดติดตามอาการหลังจำหน่ายที่คลินิก คลินิกทารกแรกเกิด คลินิกศัลยกรรมเด็ก คลินิกโรคหัวใจ คลินิกต่อมไร้ท่อ และคลินิก พัฒนาการ	
10. จำนวนวันรักษาในโรงพยาบาล	21 วัน	9 วัน
11. น้ำหนักก่อนจำหน่าย	2,370 กรัม	3,190 กรัม
12. ชนิดการผ่าตัด	Rt. Transverse colostomy	Rt. Loop transverse colostomy
13. สรุปการวินิจฉัยโรค	Imperforate anus with Tetralogy of Fallot with Subclinical hypothyroid with Undescended testis	Imperforate Anus

จากตารางที่ 2 พบว่า ประวัติการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการดำเนินของโรคสอดคล้องกับทฤษฎี มีการดูแลและการรักษาไม่แตกต่าง กรณีศึกษาที่ 1 มีผิวหนังบริเวณ Colostomy อักเสบ มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Tetralogy of Fallot) เป็นภาวะร่วม และมีความผิดปกติของค่าไทรอยด์ฮอร์โมน ทำให้ได้รับการรักษาและประเมินภาวะความผิดปกติร่วมของระบบต่างๆ รวมถึงการได้รับยาปฏิชีวนะ จึงมีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากรณีศึกษาที่ 2 รวมระยะวันอนรรักษาในโรงพยาบาลของกรณีศึกษาที่ 1 และ 2 เท่ากับ 21 วัน และ 9 วัน ตามลำดับ น้ำหนักก่อนจำหน่ายของกรณีศึกษาที่ 1 และ 2 เท่ากับ 2,370 กรัม และ 3,190 กรัม ตามลำดับ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1
ระยะก่อนการผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในลำไส้จากการที่ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ตั้งแต่แรกเกิดเนื่องจากไม่มีรูทวาร 2. มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร เนื่องจากมีความต้องการพลังงานสูง	1. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในลำไส้จากการที่ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ตั้งแต่แรกเกิดเนื่องจากไม่มีรูทวาร 2. มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร เนื่องจากมีความต้องการพลังงานสูง

## 2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน สามารถนำมาเขียนปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปลอดภัย ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด และระยะวางแผนจำหน่ายดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามระยะของการให้การพยาบาล รายละเอียดดังในตารางที่ 3

ระยะการพยาบาล	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1
	จากภาวะเจ็บป่วยและต้องงดน้ำงดอาหาร เนื่องจากต้องได้รับการรักษาแบบผ่าตัด	จากภาวะเจ็บป่วยและต้องงดน้ำงดอาหาร เนื่องจากต้องได้รับการรักษาแบบผ่าตัด
<b>ระยะหลังการผ่าตัด</b>	3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลง 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์และมีแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia-Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ผิวหนังบาง ชั้นไขมันใต้ผิวหนังน้อย 6. เสี่ยงต่อการนอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วย 7. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง เนื่องจากเป็นวัยทารกไม่สามารถดูแลตนเองได้	3. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลง 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์และมีแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia-Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ผิวหนังบาง ชั้นไขมันใต้ผิวหนังน้อย 6. เสี่ยงต่อการนอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากการเจ็บป่วย 7. การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง เนื่องจากเป็นวัยทารกไม่สามารถดูแลตนเองได้
ระยะวางแผน จำหน่ายดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	8. มารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตร 9. มารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน 10. มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของทารก ไม่สมวัยเนื่องจากความผิดปกติร่วม	8. มารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตร 9. มารดา มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน

จากตารางที่ 4 พบว่า ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่มีความเหมือนกัน จำนวน 9 ข้อ ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันมีจำนวน 1 ข้อ ซึ่งพบในกรณีศึกษาที่ 1 คือ มีความผิดปกติของยีนส์ตั้งแต่แรกเกิด ทำให้มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของทารกไม่สมวัย เนื่องจากความผิดปกติร่วม

**3. ผลลัพธ์การพยาบาล** ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินผล และตรวจสอบการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย พบผลลัพธ์การพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียด ดังนี้

**ระยะก่อนการผ่าตัด**

3.1 เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในลำไส้จากการที่ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ตั้งแต่แรกเกิด เนื่องจากไม่มีรูทวาร วัตถุประสงค์การพยาบาล คือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของลำไส้ การพยาบาลในข้อนี้บรรลุวัตถุประสงค์ กรณีศึกษาได้รับการรักษาแก้ไขความผิดปกติของรูทวารโดยการผ่าตัด และให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด ผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ สัญญาณชีพเป็นปกติ

3.2 มีโอกาสเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหาร เนื่องจากมีความต้องการพลังงานสูงจากภาวะเจ็บป่วยและต้องงดน้ำงดอาหารเนื่องจากต้องได้รับการ

รักษาแบบผ่าตัด การพยาบาลมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้รับสารน้ำสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและไม่เกิดอันตรายจากภาวะขาดสารอาหาร การพยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและพลังงานเพียงพอตามแผนการรักษา มีการเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ น้ำหนักตัวไม่ลดลงหรือลดลงไม่เกินวันละ 20 กรัม ริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังไม่เหี่ยวแห้ง กรณีศึกษาที่ 1 น้ำหนักก่อนจำหน่าย 2,370 กรัม ซึ่งเพิ่มขึ้นจากน้ำหนักแรกเกิด 190 กรัม กรณีศึกษาที่ 2 น้ำหนักก่อนจำหน่าย 3,190 กรัม ซึ่งเพิ่มขึ้นจากน้ำหนักแรกเกิด 130 กรัม

### ระยะหลังการผ่าตัด

3.3 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพในการหายใจลดลง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การพยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์ ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 1 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจได้รับออกซิเจน Canular 1 lpm เป็นเวลา 2 วัน หลังจากนั้นสามารถหายใจได้เอง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้ 95-97 % กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลา 4 ชั่วโมง หลังถอดท่อช่วยหายใจออก ทารกสามารถหายใจได้เอง ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง อยู่ในช่วงอยู่ในช่วง 98-99 %

3.4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ และมีแผลผ่าตัด วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริเวณแผลผ่าตัด ผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบการติดเชื้อ ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

3.5 เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia-Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ผิวหนังบาง ชั้นไขมันใต้ผิวหนังน้อย วัตถุประสงค์เพื่อให้ทารกมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ ปลอดภัยจากภาวะ Hypothermia-Hyperthermia ผลลัพธ์ทางการ

พยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในระดับปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypothermia-Hyperthermia

3.6 เสี่ยงต่อการนอนหลับไม่เพียงพอ เนื่องจากการเจ็บป่วย วัตถุประสงค์เพื่อให้ทารกได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นอนหลับได้ยาวเป็นปกติ มีพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม

3.7 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลบกพร่อง เนื่องจากเป็นวัยทารกไม่สามารถดูแลตนเองได้ วัตถุประสงค์เพื่อเพื่อให้ทารกได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย ผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์

3.8 มารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตร วัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วยของบุตร ผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์ มารดาให้ความร่วมมือในแผนการรักษาของแพทย์และช่วยในการดูแลทารก ปีบเก็บน้ำนม ป้อนนม ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของทารก ดูแลทำความสะอาดแผล Colostomy ได้เป็นอย่างดี

3.9 มารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน วัตถุประสงค์เพื่อมารดามีความพร้อมและมีความมั่นใจในการดูแลทารกต่อเองที่บ้าน และลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาลในข้อนี้บรรล่วัตถุประสงค์ กรณีศึกษาที่ 1 มารดาดูแลเอาใจใส่ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถดูแลและทำความสะอาด Colostomy ด้วยความมั่นใจ กรณีศึกษาที่ 2 มารดามีความพร้อมสามารถเลี้ยงดูทารกต่อเองที่บ้านได้ด้วยความมั่นใจแม้จะเป็นบุตรคนแรก

3.10 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับพัฒนาการของทารกไม่สมวัยเนื่องจากมีความผิดปกติร่วม วัตถุประสงค์เพื่อเพื่อให้มารดามีความเข้าใจในการดูแลรักษา

เกี่ยวกับความผิดปกติร่วมที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์การพยาบาลใน  
ข้อนี้บรรลุลักษณะประสงค์

### ข้อเสนอแนะ

นำผลการศึกษาไปพัฒนาเป็นมาตรฐานการ  
ปฏิบัติการพยาบาล หรือแนวทางการพยาบาลทารกแรกเกิด  
ที่มีความพิการแต่กำเนิดชนิดความผิดปกติของลำไส้ส่วนปลาย  
และทวารหนัก ที่รักษาโดยการผ่าตัดทำรูทวารเทียม และ  
วิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้มาตรฐานการปฏิบัติการ  
พยาบาล ต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล เช่น การป้องกันการ  
เกิดผิวหนังบริเวณรอบรูทวารอักเสบ หรือการพัฒนาแนว  
ทางการจัดการตนเองของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่  
มีรูทวารเทียมเมื่อจำหน่าย

### เอกสารอ้างอิง

1. Chulaporn Prasangsit, Kanchana Rungsangjun. Nursing care for patients with intestinal stomas: Expertise experience. Bangkok: P.A. Living Co., Ltd.; 2015.
2. Piyawan Chiangkraiwet. Short bowel. Bangkok: Sahamit Phattanakarn Printing; 2022.
3. Kanchana Rungsangjun, Chulaporn Prasangsit, Yuwarat Muangngern. Nursing care for patients with

intestinal stomas: Expertise experience. Bangkok: P.A. Living Co., Ltd.; 2019.

4. Porntip Siriboonpipattana. Pediatric nursing, vol. 3. Nonthaburi: Thana Press Co., Ltd.; 2020.
5. Farida Ibrahim. Nursing practice based on nursing theory framework. Bangkok: Samcharoenpanich; 2003.
6. Sujinda Ladasoontorn. Effect of a video-assisted teaching program on knowledge and ostomy care skills in caregivers of new ostomy patients. Ramathibodi Nursing Journal. 2019;25(1):19-23.
7. Amornratch Ngamsuay, Wannita Sornkongdaeng. Nursing care for children with health problems. Bangkok: Smart Coating and Service Co., Ltd.; 2020.
8. Faculty of Nursing, Ramathibodi Hospital. Workshop document: "Nursing care for patients with wounds, stomas, and excretion control – From theory to practice," 4th ed.; 2023.

## การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีสารคีโตนคั่ง: กรณีศึกษา 2 ราย

เบญจวรรณ เมืองเก่า พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ:** โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่ยังพบความชุกเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั่วโลก หากผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพเสื่อมลงเร็วกว่าคนปกติ และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง

**วิธีดำเนินการศึกษา :** เป็นการศึกษากรณีศึกษา จำนวน 2 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2566 ศึกษาโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

**ผลการศึกษา:** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและตรวจพบมีภาวะสารคีโตนคั่ง ที่ส่งผลให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องได้รับการช่วยหายใจ นอกจากนี้ทั้ง 2 ราย ยังพบมีแผลเบาหวานติดเชื้อที่เท้า โดยที่รายที่ 2 มีแผลลึกและติดเชื้อรุนแรงกว่ารายที่ 1 ต้องได้รับการทำ Excision debridement 2 ครั้ง ภายหลังได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พันระยะวิกฤต สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ อาการดีขึ้น และส่งตัวกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีศึกษาที่ 1 มีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน ส่วน กรณีศึกษาที่ 2 มีระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลรวม 27 วัน

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** การใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลและการประเมินผู้ป่วยตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการระบุปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ผู้ป่วยได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลได้ครบถ้วนและปลอดภัย ควรนำไปจัดทำเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานต่อไป

**คำสำคัญ:** การพยาบาล, เบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง, สารคีโตนคั่ง

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Nursing Care for Diabetic Patients with Diabetic Ketoacidosis: Two Case Studies

Benjawan Muangkao, B.N.S.\*

### Abstract

**Background and rationale:** Diabetes is a growing global public health concern, with its prevalence continuing to rise worldwide. When patients are unable to manage their condition effectively, it can lead to a faster deterioration of health compared to the general population, resulting in complications that may ultimately contribute to life-threatening outcomes.

**Objective:** To study and compare the application of the nursing process in managing diabetic patients with diabetic ketoacidosis

**Methods:** This study focused on two selected cases of diabetic patients with diabetic ketoacidosis, who were admitted to Khon Kaen Hospital between July and August 2023. The study utilized the nursing process framework alongside Gordon's 11 Functional Health Patterns for assessment. Nursing diagnoses, interventions, and outcomes were analyzed to evaluate the care provided.

**Results:** Both case studies were diagnosed with diabetes and presented with diabetic ketoacidosis, leading to respiratory failure in each case, which required ventilator support. Additionally, both patients had infected diabetic foot ulcers. However, Case Study 2 had a more severe infection, necessitating two excision debridement procedures. After receiving appropriate treatment and nursing care, both patients progressed out of the critical stage, were successfully weaned off the ventilator, and showed improvement in their symptoms. They were subsequently transferred to a nearby hospital for continued care. Case Study 1 had a hospital stay of 4 days, while Case Study 2 was hospitalized for a total of 27 days.

**Conclusion and Recommendations:** By applying the nursing process and utilizing Gordon's 11 Functional Health Patterns for patient assessment, nursing problems were comprehensively identified in the patients. The management of these cases involved complete and safe nursing interventions. It is recommended that this approach be developed into a nursing practice guideline for diabetic patients with hyperglycemia and diabetic ketoacidosis, ensuring that all patients receive care in accordance with established standards.

**Keywords:** Nursing care, diabetic ketoacidosis

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก ในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สาเหตุเกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas พบว่า ทั่วโลกป่วยด้วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน<sup>1</sup> รายงานสถิติสาธารณสุขไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษา เฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลจากสถิติโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อสำหรับประเทศไทย พบว่า 1 ใน 10 คน ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 6.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าตัวเองป่วย<sup>2</sup>

โรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย อาจทำให้สุขภาพผู้ป่วยเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ<sup>3</sup> ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง และหากไม่ได้รับการส่งเสริมให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและรวดเร็วจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง เป็นภาวะภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่มีความรุนแรงของโรคเบาหวาน ภาวะนี้พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จากการศึกษาพบว่าการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง เป็นภาวะแทรกซ้อนในลำดับต้นๆ ที่มีความรุนแรง ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย<sup>4</sup>

จากสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาในโรงพยาบาลนอนแค้นด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง ในปี 2564 - 2567 มีผู้ป่วยจำนวน 189, 321, 304, และ 560 รายตามลำดับ<sup>5</sup> มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง ในปี 2564 - 2567 จำนวน 1, 1, 2, และ 7 รายตามลำดับ<sup>6</sup> ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง ถึงแม้จะมีจำนวนน้อยแต่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยระยะยาว และต้องรักษาตลอดชีวิต<sup>1</sup> ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้การรักษาภาวะที่กำลังคุกคามต่อชีวิต<sup>5</sup> จำเป็นต้องได้รับการประเมินปัญหา การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และถูกต้อง ให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินของโรคเบาหวาน และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง

**วัตถุประสงค์การศึกษา:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาล ในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษากรณี (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคเบาหวานร่วมกับภาวะมีน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง รับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึงวันที่ 16 สิงหาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและประเมินภาวะสุขภาพโดยการศึกษาเวชระเบียน และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาลและเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

**ผลการศึกษา:** ผลการศึกษาตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล รายละเอียด ดังนี้

**1. การประเมินภาวะสุขภาพ**  
**1.1. ข้อมูลทั่วไป** รวบรวมข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เพศ	หญิง	ชาย
2. อายุ	28 ปี	35 ปี
3. สถานภาพสมรส	โสด	โสด
4. เชื้อชาติ	ไทย	ไทย
5. สัญชาติ	ไทย	ไทย
6. การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 6
7. อาชีพ	ไม่ได้ทำงาน	รับจ้างทั่วไป
8. ศาสนา	พุทธ	พุทธ
9. สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)	บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง)
10. รวมวันนอนรักษา	4 วัน	27 วัน

จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) การศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 และสถานภาพโสด ข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 1 เป็นเพศหญิง ไม่ได้ทำงาน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นเพศชาย อาชีพรับจ้างทั่วไป กรณีศึกษารายที่ 2 มี

จำนวนวันนอนรวมนานกว่ากรณีศึกษาที่ 1 โดยที่ กรณีศึกษาที่ 1 มีวันนอนรวมรักษา 4 วัน ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีวันนอนรวมรักษา 27 วัน

**1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ** ผลการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. อาการสำคัญ	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อย ซีมลง ปลุกตื่นยาก	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ซีมลง ปลุกตื่นยาก
2. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	- ญาติให้ประวัติว่า 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล วิงเวียนซีมลง ปลุกตื่นถามตอบรู้เรื่อง ญาติพาไป รพช. ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว HI ให้ RI 6 unit และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 1,000 มิลลิลิตร ผลตรวจ ketone 5.7 มิลลิกรัมควาเลนต์ต่อลิตร ส่งตัวเข้ามารักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น	- ญาติให้ประวัติ มาด้วยอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ไข้สูง วิงเวียนศีรษะ อาเจียน หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ซีมลง ปลุกตื่นยาก เช็ดตัวลดไข้ มีแผลติดเชื้อที่เท้าซ้าย ญาติพาไป รพช. ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วสูง ค่า ketone High หายใจหอบลึก ซีมลง แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>- รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบไม่รู้เรื่อง ใช้เครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพแรกรับ</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/63 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจน 96%</p>	<p>ใช้เครื่องช่วยหายใจ รักษาโดยมีการให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง, RI 10 unit ทางหลอดเลือดดำ RI (1:1) ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิตรต่อชั่วโมง, 7.5 % NaHCO<sub>3</sub> 2 amp slowly push then 2 amp ให้ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง ส่งตัวเข้ามารักษา ที่โรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>- รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบไม่รู้เรื่อง ใส่เครื่องช่วยหายใจไว้ สัญญาณชีพแรกรับ</p> <p>อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/93 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจน 100 %</p>
3. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต	<p>ได้รับการวินิจฉัย เบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes Mellitus Type 1) เป็นเวลา 4 ปี</p> <p>รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระยีน มีประวัติขาดยา 2 ปี</p>	<p>ได้รับการวินิจฉัย เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes Mellitus Type 2)</p> <p>เป็นระยะเวลา 8 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไตร่วมด้วย รับการรักษาที่โรงพยาบาลภูเวียงมาตลอด รับประทานต่อเนื่อง ซ้ำยามารับประทานเองเป็นบางครั้ง</p>
4. ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว	<p>บิดา เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</p>	<p>บิดา มารดา เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</p>
5. ยาที่รับประทานประจำ	<p>ไม่มี (ขาดยาเบาหวานมา 2 ปี)</p>	<p>- Sodamint 1 tab รับประทานเวลา เช้า กลางวัน เย็น</p> <p>- Manidipine (20) 1 tab รับประทาน เวลา เช้า</p> <p>- Calcium (1,000) 1 tab รับประทานเวลา เช้า กลางวัน เย็น</p> <p>- Folic (5) 1 tab รับประทาน เวลาเช้า</p> <p>- Vitamin B complex 1 tab รับประทาน เวลาเช้าและเย็น</p>

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		- Metformin (500) 2 tab รับประทาน เวลาเช้าและเย็น
6. ประวัติการแพ้อาหารและยา	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ
7. สิ่งเสพติดประวัติการใช้	ใช้สารเสพติด แอมเฟตามีนประจำ และดื่มสุราทุกวัน	ดื่มแอลกอฮอล์ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
8. การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาและดูแลตนเองในอดีต	ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง	รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การมาพบแพทย์ไม่สม่ำเสมอ
9. ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	บ้านปูนชั้นเดียว อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค	บ้านสองชั้นข้างบนทำด้วยไม้ ชั้นล่างทำด้วยปูน อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ไม่มีแหล่งโรงงานก่อโรค
10. การวินิจฉัยแรกรับ	เบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตน ร่วมกับภาวะหายใจลึ้มเหลว	เบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดเลือดเป็นกรดจากการคั่งของสารคีโตน โรคประจำตัวเบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง
11. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	เบาหวานชนิดที่ 1 ร่วมกับเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่ง (DM type 1 with DKA) ติดเชื้อแผลที่เท้าขวา	เบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่ง (DM type 2 with DKA) และติดเชื้อแผลที่เท้าซ้าย
12. การผ่าตัด	ไม่มี	1. Excisional Debridement ครั้งที่ 1 (20 ก.ค.66) 2. Excisional Debridement ครั้งที่ 2 (28 ก.ค.66)

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บุคคลในครอบครัวมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ไม่มีประวัติแพ้ยาแพ้อาหาร กรณีศึกษาที่ 1 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ขาดการรักษามา 2 ปี ใช้สารเสพติด แอมเฟตามีนและดื่มสุรา 1 ขวดทุกวัน มีภาวะการหายใจลึ้มเหลวรุนแรงกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูงและไตวายเรื้อรัง ขาดการติดตามการรักษา ได้รับ ผ่าตัด Excisional Debridement และ

Excisional Debridement เพื่อรักษาแผลติดเชื้อที่เท้า อากาศเวียนศีรษะ อาเจียน หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ซึมลง ปลุกตื่นยาก ก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายสัมพันธ์กับการก่อให้เกิดโรคภาวะเบาหวานที่มีสารคีโตนคั่ง<sup>7</sup>

**2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล** จากการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพนำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษา 2 ราย

ระยะการพยาบาล	วินิจฉัยทางการพยาบาล	
	กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อ	กรณีศึกษารายที่ 2
ระยะแรกเริ่ม	<ol style="list-style-type: none"> <li>ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง</li> <li>มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง</li> <li>มีภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลที่เท้าด้านซ้าย</li> <li>ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้สูง</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน</li> </ol>
ระยะดูแลต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลติดเชื้อที่เท้าด้านขวา</li> <li>ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง</li> <li>แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน</li> <li>ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค</li> <li>ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ</li> <li>ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต</li> <li>เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง</li> <li>แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน</li> <li>ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต</li> </ol>
ระยะจำหน่าย	<ol style="list-style-type: none"> <li>พร้อมความรู้ในการปฏิบัติดูแลตัวเองตัวเมื่อกลับบ้าน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พร้อมความรู้ในการปฏิบัติดูแลตัวเองตัวเมื่อกลับบ้าน</li> </ol>

จากตารางที่ 3 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกัน จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง 2) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน 4) มีภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลที่เท้าด้านขวา 5)

ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 6) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 7) เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง 8) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 9) ผู้ป่วยและญาติ

วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 10) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ส่วนข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่แตกต่างกันมี 1 ข้อ คือ ไม่สุขสบายเนื่องจาก ใช้สูง พบในกรณีศึกษาที่ 2

**3. การพยาบาลและการประเมินผล** จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ระบุในตารางที่ 3 สู่การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล โดยเรียงตามความสำคัญของปัญหาและแยกตามระยะการพยาบาลซึ่งได้นำเสนอข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

### 3.1 การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

3.1.1 ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะการคั่งของกรดคีโตน ดูแลท่อทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Electrolyte, Arterial blood gas (ABG), DTX ประเมินผลทางการพยาบาลพบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีการติดเชื้อมีผลทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผล ABG แปลผลได้เป็น Respiratory alkalosis ด้วยผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่งที่มาก ทำให้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ 3 วัน กรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อมีผลทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผล ABG แปลผลได้เป็น Respiratory alkalosis ด้วยผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่งที่มากทำให้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ 15 วัน

3.1.2 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของสาร

น้ำและอิเล็กโทรไลต์ กิจกรรมการพยาบาล คือ ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารตามแผนการรักษา พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย งดน้ำงดอาหารในช่วงแรก หลังจากนั้นให้อาหารปั่นทางสายยาง ไม่มี Content เหลือค้ำ ไม่มีถ่ายอุจจาระเหลว ประเมินสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/68 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีภาวะน้ำเกิน ผิวหนังไม่มี sign skin turgor

3.1.3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะ Hypo-Hyperglycemia ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนจำหน่าย 209 mg% กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia หลายครั้งเนื่องจาก ขณะที่ได้รับยาฉีดลดระดับน้ำตาลในเลือดแต่ได้รับการแก้ไขทันท่วงที่ไม่ได้รับอันตรายร้ายแรง ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนจำหน่าย 136 mg%

### 3.2 การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

3.2.1 มีภาวะติดเชื้อในร่ายกายเนื่องจากมีแผลติดเชื้อที่เท้าด้านขวา เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาการติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 แผลไม่ลุกลามเรื้อรัง ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเอาใจใส่ในการเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องแล้วแผลดีขึ้น กรณีศึกษาที่ 2 แผลไม่มีการติดเชื้อเพิ่ม ทำแผลทุกวัน

3.2.2 ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ เป้าหมายทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วย พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการสื่อสารด้วยการให้ผู้ป่วยเขียนสื่อสารเป็นตัวหนังสือเพื่อให้พยาบาลและญาติเข้าใจความต้องการ

3.2.3 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สีกตัวลดลงและภาวะ

เจ็บป่วยวิกฤต เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีร่างกายสะอาด สิ่งแวดล้อมสะอาด ผู้ป่วยพักผ่อนและนอนหลับได้ สามารถรับประทานอาหารและยาตามแผนการรักษาได้

3.2.4 เสี ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง เป้าหมายทางการพยาบาล คือ ป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดแผลกดทับ ผิวนั่งบริเวณก้นและปุ่มกระดูกไม่มีรอยกดทับ ผิวนั่งชุ่มชื้น

3.2.5 แบบ แผน การ นอน หลับ เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีความวิตกกังวลในการเจ็บป่วย ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีแบบแผนการนอนหลับที่เป็นปกติ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ในช่วงเวลากลางวันนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น แต่ยังมีอาการง่วงนอนในตอนกลางวันจะนอนเป็นส่วนมากในกลางวัน แต่ไม่มีอาการหงุดหงิดเมื่อให้การพยาบาล

3.2.6 ผู้ ปวย และญาติ วิต กังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล การประเมินผลการพยาบาล พบว่า ญาติของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสีหน้าผ่อนคลายขึ้น ไม่แสดงความวิตกกังวล เข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ มีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส กรณีศึกษาที่ 1 ประเมินความวิตกกังวล ด้วย GAD7<sup>8</sup> มีระดับคะแนนลดลง เป็น 4 คะแนนมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ปัญหายังไม่สิ้นสุดต้องมีการส่งต่อข้อมูลให้ดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษาที่ 2 ประเมินความวิตกกังวล ด้วย GAD7<sup>8</sup> มีระดับคะแนนลดลง เป็น 8 คะแนน ไม่มีความวิตกกังวลแต่ต้องมีการประเมินต่อเนื่อง

### 3.3 การพยาบาลระยะจำหน่าย

3.3.1 พร่องความรู้ในการปฏิบัติดูแลตัวเองตัวเมื่อกลับบ้าน เป้าหมายทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายและสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค และการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

**สรุปผลการศึกษา**

กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติให้ประวัติว่า 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการวิงเวียน ซึมลง ปลูกตีนถามตอบรู้เรื่อง ญาติพาไป รพช. เจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้วสูงให้ RI 6 unit ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1,000 ml ตรวจค่า Ketone ได้ 5.7 มิลลิอิควิวาเลนต์ต่อลิตร ส่งตัวมาที่โรงพยาบาลขอนแก่น รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวถามตอบไม่รู้เรื่อง ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 87 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/63 mmHg ความอิ่มตัวออกซิเจน 96% ได้รับการวินิจฉัยแรกรับ DKA with Respiratory failure with infection wound at right great toe ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes Mellitus Type 1) มา 4 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระยีน มีประวัติขาดการรักษามา 2 ปี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว พบว่า บิดาเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ไม่มียารับประทานประจำ ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ ใช้สารสิ่งเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ประจำ การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ร่วมกับเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง ระหว่างการรักษาพบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ดังนี้ มีค่าโพแทสเซียมต่ำและค่าน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากมีการย้ายโพแทสเซียมเข้าสู่เซลล์เพิ่มขึ้น เมื่อร่างกายขาดอินซูลินจะทำให้เซลล์ไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ ร่างกายจึงพยายามนำโพแทสเซียมจากนอกเซลล์เข้าสู่เซลล์เพื่อใช้เป็นพลังงาน

แทน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะขาดน้ำและมีกรดในเลือดสูง (Diabetic ketoacidosis) มีภาวะเลือดเป็นกรด (Severe metabolic acidosis) ร่วมกับภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxemia) ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการหายใจ และเผาผลาญสารอาหารไม่สมบูรณ์ จากการรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พบว่า มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 10 ข้อ ดังนี้ 1) ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง 2) มีภาวะติดเชื้อในร่างกายนอกจากมีแผลที่เท้าด้านซ้าย 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน 4) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด 5) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 6) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 7) เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง 8) แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 9) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และ 10) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

กรณีศึกษารายที่ 2 ญาติให้ประวัติ มาด้วยอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ใช้สูง วิงเวียนศีรษะ อาเจียน หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ซึมลง ปลุกตื่นยาก มีแผลติดเชื้อที่เท้าซ้าย ญาติพาไป รพช. ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดและค่า Ketone อยู่ในระดับสูง หายใจหอบลึก ซึมลง แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ รักษาโดยมีการให้สารน้ำชนิด Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ RI 10 unit ทางหลอดเลือดดำ RI (1:1) ทางหลอดเลือดดำ 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 7.5 %  $\text{NAHCO}_3$  2 amp slowly push then 2 amp ให้ทางหลอดเลือดดำใน 1 ชั่วโมง ส่งตัวไปที่โรงพยาบาลขอนแก่น รับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 3 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวถามตอบไม่รู้เรื่อง ใส่เครื่องช่วยหายใจไว้ สัญญาณชีพแรก

รับ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 136 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/93 mmHg ความอิ่มตัวออกซิเจน 100 % ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นระยะเวลา 8 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูง และภาวะไตร่วมด้วย รับการรักษาที่โรงพยาบาลภูเวียงมาตลอด รับประทานต่อเนื่อง ซ้อยามารับประทานเองเป็นบางครั้ง บิดาและมารดา เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ยาที่รับประทานประจำ ได้แก่ Sodamint, Manidipine, Calcium, Folic, Vitamin B complex และ Metformin ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหาร หรือสารใดๆ ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้ดี รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีขาดนัดบางครั้ง การวินิจฉัยครั้งสุดท้ายเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่ง และมีติดเชื้อแผลที่เท้าซ้าย ได้รับการทำ Excisional debridement 2 ครั้ง ระหว่างการรักษาพบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ได้แก่ มีค่าโพแทสเซียมสูงอันเนื่องมาจากภาวะไตวายเรื้อรัง (CKD) ซึ่งลดประสิทธิภาพในการกำจัดโพแทสเซียมออกจากร่างกาย ส่งผลให้มีค่าโพแทสเซียมสูงได้ มีภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรง (Metabolic acidosis) เนื่องจากร่างกายขาดอินซูลิน จึงมีการสลายไขมันเป็นกรดเคตอนิก ประกอบกับผู้ป่วยรายนี้มีโรคร่วม การติดเชื้อที่เท้าทำให้การทำงานของร่างกายบกพร่อง ส่งผลให้ไม่สามารถขับถ่ายกรดเคตอนิกและผลิตภัณฑ์สลายตัวของโปรตีนออกจากร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีภาวะเลือดเป็นกรดรุนแรง (Metabolic acidosis) พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 11 ข้อ ได้แก่ 1) ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตนคั่ง 2) มีภาวะติดเชื้อในร่างกายนอกจากมีแผลที่เท้าด้านขวา 3) ไม่สุขสบายเนื่องจากใช้สูง 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน 5) มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด 6) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากข้อจำกัดในการใส่ท่อช่วยหายใจ 7) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

เนื่องจากระดับการรู้สึกตัวลดลงและภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 8) เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับเนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง 9.แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกลัว ไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวยต่างจากบ้าน 10) ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และ 11) พร่องความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D

### การอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษากรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเหมือนกัน ต่างกันที่ชนิดและการรักษา คือ กรณีศึกษาที่ 1 เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ขาดการติดตามการรักษา กรณีศึกษาที่ 2 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้การรักษาโดยยาเกิน ส่วนที่มีความแตกต่าง คือ เพศ ซึ่งจากวรรณกรรมจะพบว่า เพศชายมีการจัดการตนเองได้น้อย โดยที่กรณีศึกษาที่ 2 มีแผลติดเชื้อที่เท้าซ้ายและได้รับการทำ Excisional debridement 2 ครั้ง วางแผนจะตัดส่วนที่ลูกกลมออก ส่วนกรณีศึกษาที่ 1 เป็นเพศหญิง จะมีการจัดการตัวเองที่ดีกว่า มีแผลแต่ไม่มีติดเชื้อเพิ่ม กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร ขาดยาบางครั้ง ขาดความรู้และขาดความตระหนัก ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมอาหาร และการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค มีอาการหายใจหอบถี่ระดับ ความรู้สึกตัวเริ่มเปลี่ยนแปลง มีภาวะความเป็นกรดในร่างกายและมีของเสียคั่งในร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก มีภาวะผิดปกติของสมดุลกรดต่าง มีสารคีโตนคั่งในร่างกาย ได้รับการพยาบาลแก้ไขปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะกรดต่างในร่างกายไม่สมดุลเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ซึ่งหากได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินวิกฤตไม่ทัน ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนี้ได้<sup>3</sup>

### ข้อเสนอแนะ

กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง

พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะทางด้านการพยาบาลอายุรกรรมและการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต รวมทั้งความมุ่งมั่นเข้าถึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยเรื้อรัง การรักษา การประเมินสภาพผู้ป่วยการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น มีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องดังนี้ 1) มีการจัดการรายกรณีสำหรับการเตรียมความพร้อมมีความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีสารคีโตนคั่ง การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต การประสานงานกับสหวิชาชีพและการให้ความช่วยเหลือ 2) สนับสนุนความรู้และกำลังใจแก่ครอบครัวลดความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองได้ เพราะครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุมน้ำตาลได้ และมีความปลอดภัย

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณรองหัวหน้าพยาบาลด้านวิชาการ โรงพยาบาลขอนแก่น และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ที่กรุณาให้การสนับสนุนและให้คำแนะนำ รวมถึงผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดที่มีกรดคีโตนคั่งที่ร่วมศึกษา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษา

### เอกสารอ้างอิง

1. Jiraporn Chinsom. Nursing care for patients with hyperglycemia in diabetic ketoacidosis (DKA). *Chaiyaphum Med J.* 2020;40(2).
2. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferre R, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Med.* 2017;43(3):304–77. doi:10.1007/s00134-017-4683-6.

3. Kanokphoj Chanpiwat, et al. Emergency medicine guidelines. Bangkok Med J Press; 2020.
4. The Royal College of Physicians of Thailand. Clinical practice guidelines for diabetes mellitus 2023. 1st ed. Sreemueang Printing; 2023.
5. Khon Kaen Hospital. Annual patient statistics report. Khon Kaen Hospital; 2024.
6. Diabetes treatment guidelines in clinical practice 2023. Khon Kaen Hospital; 2023.
7. Ratchanee Benjathanang, Phipphachit Kanjanasin. Nursing care for patients on mechanical ventilation. 1st ed. Living AP Co., Ltd.; 2014.
8. The Royal College of Physicians of Thailand. Clinical practice guidelines for diabetes mellitus 2023. 1st ed. Sreemueang Printing; 2023.

## การพยาบาลผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด: กรณีศึกษา 2 ราย

ปราณี นามหาวล, พย.ม\*

### บทคัดย่อ

**บทนำ:** ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในวัยรุ่น เป็นความผิดปกติของการตั้งครรภ์ที่มีความซับซ้อน และอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่รุนแรง จึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการ การดูแลอย่างใกล้ชิด และการจัดการอย่างเหมาะสม จึงจะช่วยลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษากรณี จำนวน 2 ราย ในผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเวชระเบียน การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษต่างๆ นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

**ผลการศึกษา:** พบว่าผู้คลอดทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างด้านปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ภายหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และใช้ทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน การบริหารยาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ผู้คลอดปลอดภัย มีการวางแผนครอบครัวและปรับตัวในบทบาทใหม่ได้เหมาะสม

**ข้อเสนอแนะ:** จากผลการศึกษา ควรนำไปจัดทำเป็นคู่มือหรือแนวทางการพยาบาลผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับบุคลากร ผู้บริหารการพยาบาลใช้ในการนิเทศกำกับติดตามเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการพยาบาลอย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** กระบวนการพยาบาล, การตั้งครรภ์วัยรุ่น, ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

---

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

## Nursing Care for Adolescent Mothers with Preterm Labor: Two Case Studies

*Pranee Numhanual, M.N.S.\**

### Abstract

**Introduction:** Preterm labor in adolescents is a complex pregnancy complication that can result in serious health risks. Careful evaluation, close monitoring, and appropriate management are required to minimize its severity and prevent complications for both the mother and the fetus.

**Objective:** To compare the application of the nursing process in the care of adolescent mothers with preterm labor

**Method:** This case study involved two adolescent mothers with preterm labor, admitted to Khon Kaen Hospital in 2023. Data were collected from medical records, history taking, physical examinations, pregnancy tests, laboratory results, and special tests. The collected data were used to develop a nursing care plan based on the nursing process steps.

**Results:** The two mothers showed differences in risk factors and the severity of complications that occurred after receiving nursing care based on the nursing process. Through the use of assessment and monitoring skills for complications, as well as proper medication administration, both mothers were able to ensure their safety, plan for their families, and adjust appropriately to their new roles.

**Recommendations:** Based on the study results, it is recommended that a manual or guideline be developed for nursing care of adolescent mothers with preterm labor. This would serve as a resource for nursing staff and administrators, helping to ensure that registered nurses possess the necessary competencies for proper supervision and monitoring.

**Keywords:** Nursing process, adolescent pregnancy, preterm labor

---

\*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

## บทนำ

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) เป็นภาวะที่คุกคามต่อการตั้งครรภ์ในมารดา<sup>1</sup> ที่มีผลกระทบต่อมารดาและทารก หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ได้ พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องใช้ความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ ในการประเมินอาการเตือนที่สำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดได้รับการรักษาได้อย่างทันทั่วที่ สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผน และให้การพยาบาลแก่ผู้คลอดที่มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อน หรือมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นให้ได้มากที่สุด

### ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Preterm labor)

ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์จะมีการท้องป็น ส่งผลทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะมีโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด ยิ่งคลอดก่อนกำหนดมากเท่าใดโอกาสที่จะเสียชีวิตหรือทุพพลภาพจะมากขึ้น<sup>2</sup> ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางอย่างที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุดที่ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ต่อมา การติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในช่องคลอด<sup>3</sup> มดลูกขยายตัวมากเกินไป เช่น ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ มีเนื้องอกที่มดลูกมารดามีปัญหาที่ปากมดลูก เช่น ปากมดลูกหลวม มีพยาธิสภาพที่รก เช่น รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การสูบบุหรี่ มารดาอายุมากกว่า 40 ปี ทุพโภชนาการ โลหิตจาง เศรษฐฐานะทางสังคม

การคลอดก่อนกำหนดเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย สถิติทารกทั่วโลกคลอดก่อนกำหนดประมาณปีละ 15 ล้านคน คิดเป็น 11% ของการเกิดมีชีวิตทั้งหมด อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของกลุ่มทารกแรกเกิด (อายุ < 28 วัน) สูงถึง 35%<sup>2</sup> จากสถิติของห้องคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2563-2566 พบว่า อัตราการคลอดก่อนกำหนด อยู่ระหว่าง 10.90% - 12.00% ซึ่งมีอัตราสูง อย่างไรก็ตามอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์จะลดความรุนแรงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา พยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้มารดาและทารกปลอดภัย

**วัตถุประสงค์การศึกษา:** เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดด้วยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

**วิธีดำเนินการศึกษา:** เป็นการศึกษาวิจัยกรณี จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้คลอดด้วยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอด โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเวชระเบียน การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจพิเศษต่างๆ นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการพยาบาล ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และเปรียบเทียบกรณีศึกษา

**ผลการศึกษา:** ผู้ศึกษาได้สรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพ ที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจครรภ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ อาการเปลี่ยนแปลง การวินิจฉัยและรักษา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล<sup>4,5</sup> ตลอดจนการประเมินผลการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

#### 1. การประเมินผู้คลอด

**1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ** การเปรียบเทียบข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของ กรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>1. ข้อมูลทั่วไป</b>		
อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้	หญิงไทย อายุ 17 ปี การศึกษา สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ ขายของออนไลน์ รายได้ 15,000 บาท/ เดือน	หญิงไทย อายุ 14 ปี การศึกษา กำลังศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 2 กำลังเรียน ไม่มีรายได้
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การตั้งครรภ์ และการคลอด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 30 <sup>+3</sup> สัปดาห์ การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผ่าครรภ์ 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ไม่ได้คุมกำเนิด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ตั้งครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 29 <sup>+2</sup> สัปดาห์ การตั้งครรภ์ครั้งนี้ ผ่าครรภ์ 4 ครั้งที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ไม่ได้คุมกำเนิด
อาการสำคัญ	2 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มี อาการเจ็บครรภ์คลอด มีมูกปนเลือดออก ทางช่องคลอด ส่งตัวจากโรงพยาบาลบ้าน ฝาง ด้วยไม่สามารถยับยั้งการคลอดสำเร็จ	6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวด หน่วงท้องน้อย ส่งตัวจากโรงพยาบาลบ้านฝาง ด้วยไม่สามารถยับยั้งการคลอดสำเร็จ
ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
<b>2. การประเมินภาวะสุขภาพแรกเริ่ม</b>		
การตรวจร่างกาย	- น้ำหนักปัจจุบัน 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 154 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 27 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> (ไตรมาส แรก 0.5-2 kg, ไตรมาสสองและสาม 0.5 kg/week) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในการตั้งครรภ์ ครั้งนี้ 9 กิโลกรัม ถือว่าน้ำหนักตัวเพิ่มตาม เกณฑ์ - รู้สึกตัวดี ฟังปอดปกติทั้ง 2 ข้าง เสียงหัวใจ ปกติทั้ง 2 ข้าง สีผิวไม่ซีด ไม่มีตัวเหลือง (jaundice) - สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศา เซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความ ดันโลหิต 116/66 มิลลิเมตรปรอท ความ เข้มข้นออกซิเจนในเลือดขณะ room air 98%	- น้ำหนักปัจจุบัน 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 161 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 24.69 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> (ไตร มาสแรก 0.5-2 kg, ไตรมาสสองและสาม 0.5 kg/week) น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในการตั้งครรภ์ ครั้งนี้ 14 กิโลกรัม ถือว่าน้ำหนักตัวเพิ่มตาม เกณฑ์ - รู้สึกตัวดี ฟังปอดปกติทั้ง 2 ข้าง หัวใจปกติ ทั้ง 2 ข้าง สีผิวไม่ซีด ไม่มีตัวเหลือง (jaundice) - สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37.6 องศา เซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 109/60 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้น ออกซิเจนในเลือดขณะ room air 98%
การตรวจครรภ์ และตรวจ ภายใน	- ระดับยอดมดลูก 3/4 เหนือสะดือ มีการหด รัดตัวของมดลูก ทุก 3 นาที ใน 20 นาที	- ระดับยอดมดลูก 2/4 เหนือสะดือ มีการหด รัดตัวของมดลูก ทุก 3 นาทีใน 20 นาที อัตรา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที สม่าเสมอ ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความ บางของปากมดลูก 80 เปอร์เซ็นต์ นุ่ม ส่วน นำทารกเคลื่อนต่ำ ลงมาระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำ ยังไม่แตก ประเมินน้ำหนักทารกได้ 1,800 กิโลกรัม Bishop score 12 คะแนน	การเต้นของหัวใจทารก 140 ครั้ง/นาที สม่าเสมอ ปากมดลูกเปิด 8 เซนติเมตร ความ บางของปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ นุ่ม ส่วน นำทารกเคลื่อนต่ำ ลงมาระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำ ยังไม่แตก ประเมินน้ำหนักทารกได้ 1,553 กิโลกรัม intensity +2
3. การวินิจฉัยแรกรับ	Teenage pregnancy with Preterm labor	Teenage pregnancy with Preterm labor with Urinary tract infection with Anemia
4. การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย	Teenage pregnancy with Preterm labor with Spontaneous vertex delivery single line birth	Teenage pregnancy with Preterm labor with Urinary tract infection with Anemia with Spontaneous vertex delivery single line birth with Suspected Chorioamnionitis with Retain placenta

จากตารางที่ 1 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์แรก ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน เข้ารับการฝากครรภ์ได้ไม่ครบตามเกณฑ์ มดลูกหดรั้งตัวถี่ ทารกในครรภ์มีอัตราการเต้นของหัวใจปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น Preterm labor ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ตรวจพบการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

**1.2 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ** เปรียบเทียบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียดดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	- ผลการตรวจค่าเม็ดเลือดขาวในร่างกาย (White blood cell): WBC 10,200 cell/uL อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ, Neutrophil 71 % - ผลการตรวจปัสสาวะ: เม็ดเลือดแดง 50-100 cell/HPF (สูงเกินค่าปกติ), WBC 0-1 cell/HPF	- ผลการตรวจค่าเม็ดเลือดขาวในร่างกาย (white blood cell): WBC 20,900 cell/uL อยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าปกติ, Neutrophil 84 % - ผลการตรวจปัสสาวะ: เม็ดเลือดแดง 50-100 cell/HPF (สูงเกินค่าปกติ), ไม่พบ WBC <b>วิเคราะห์:</b>

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p><b>วิเคราะห์:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตรวจ CBC เพื่อตรวจหาการติดเชื้อในร่างกาย หากระดับเม็ดเลือดขาวที่สูงขึ้น มักบ่งชี้ถึงการติดเชื้อในร่างกาย ผลการตรวจของรายนี้มีค่า WBC สูงเล็กน้อย แต่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ เนื่องจากโดยปกติหญิงตั้งครรภ์จะมีการเพิ่มขึ้นของระดับเม็ดเลือดขาวได้ โดยสามารถเพิ่มสูงได้ถึง 13,800 ถึง 19,600 cell/uL</li> <li>- การตรวจปัสสาวะเพื่อตรวจหาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะตรวจพบเชื้อแบคทีเรียหรือเม็ดเลือดขาวที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อได้ ในรายนี้มีค่าเม็ดเลือดแดงที่สูง เนื่องจากมีการเปิดขยายของปากมดลูก ส่วนค่า WBC อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ ถือว่าไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การตรวจ CBC พบค่า WBC ที่อยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าปกติ อาจบ่งบอกถึงการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบ ในกรณีศึกษา นี้ ผลการชันสูตรบ่งบอกว่าหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะติดเชื้อที่ถุงน้ำคร่ำ</li> <li>- การตรวจปัสสาวะ พบมีค่าเม็ดเลือดขาวที่สูง บ่งบอกว่าอาจมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย</li> </ul>
<b>2. การตรวจพิเศษ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound): คะเนน้ำหนักทารกในครรภ์ 1,607 กรัม อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ ไม่พบเลือดออกด้านหลังรก ปริมาณน้ำคร่ำเพียงพอ</li> <li>- การเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ หรือ Intrapartum monitoring: Category I ซึ่งเป็นภาวะที่บ่งบอกว่าทารกในครรภ์ยังปกติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound): คะเนน้ำหนักทารก 1,553 กรัม อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะรกเกาะต่ำ ไม่พบเลือดออกด้านหลังรก ดัชนีปริมาณน้ำคร่ำ (amniotic fluid index: AFI) 4.6 เซนติเมตร ปริมาณน้ำคร่ำปกติ</li> <li>- การเปลี่ยนแปลงการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ หรือ Intrapartum monitoring: Category I ซึ่งเป็นภาวะที่บ่งบอกว่าทารกในครรภ์ยังปกติ</li> </ul>

จากตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบการติดเชื้อ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผลการตรวจบ่งบอกว่าหญิงมีการติดเชื้อในร่างกาย มีภาวะติดเชื้อที่ถุงน้ำคร่ำ ร่วมกับมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนผลการตรวจพิเศษ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่พบความผิดปกติ

**1.3 สรุปอาการและการรักษาตั้งแต่แรกกับจนกระทั่งจำหน่าย** การเปรียบเทียบข้อมูลอาการ อาการแสดง และการรักษาที่ได้รับ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่ายของกรณีศึกษา 2 ราย รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลอาการ อาการแสดง และการรักษาที่ได้รับ ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย ของกรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. สรุปอาการปัจจุบันและการรักษาที่ได้รับ	<p>- รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บครรภ์คลอด มีการหดรัดตัวของมดลูกถี่ทุก 3 นาที ปวดนาน 40 วินาที ปากมดลูกเปิดขยาย 8 เซนติเมตร ความบางปากมดลูก 80 เปอร์เซ็นต์ ส่วนน้ำระดับ 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก</p> <p>- สูติแพทย์วางแผนการรักษาตามอาการ ได้แก่ ให้ยาช่วยการคลอดพร้อมกับช่วยลดการอักเสบของสมองในทารกที่คลอดก่อนกำหนด โดยให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ให้ยากระตุ้นการทำงานของปอดทารก (Dexamethasone) และให้ยาฆ่าเชื้อป้องกันการติดเชื้อในมารดาและทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด หลังได้ยาช่วยการเจ็บครรภ์คลอด มีมดลูกหดรัดตัวถี่ สูติแพทย์พิจารณาให้ยาลดปวด และเพิ่มปริมาณยาช่วยการคลอด มดลูกหดรัดตัวถี่ขึ้น มีการเปิดขยายของปากมดลูก สูติแพทย์ยุติการช่วยการคลอด ประสานงานทีมกุมารแพทย์พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด</p> <p>- หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวถี่ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด รับประทานอาหารได้ดี ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย ทำกิจวัตรประจำตัวได้ดี หลังคลอดวันที่ 2 แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน</p> <p>- นัดติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หลังครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด พร้อมกับวางแผนการคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุม ติดตามประเมินอาการ ประมาณ 1 เดือนหลังคลอด ไม่พบปัญหาเรื่องการติดเชื้อในร่างกาย</p> <p>- มารดาคลอดทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 1,740 กรัม APGAR score 8-9-9</p>	<p>- รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บครรภ์คลอด มีการหดรัดตัวของมดลูกถี่ทุก 3 นาที ปวดนาน 35 วินาที ปากมดลูกเปิดขยาย 8 เซนติเมตร ความบางปากมดลูก 100 เปอร์เซ็นต์ ส่วนน้ำระดับ -1 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก</p> <p>- สูติแพทย์วางแผนการรักษาตามอาการ ได้แก่ ให้ยาช่วยการคลอดพร้อมกับช่วยลดการอักเสบของสมองในทารกที่คลอดก่อนกำหนด โดยให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต ให้ยากระตุ้นการทำงานของปอดทารก (Dexamethasone) และให้ยาฆ่าเชื้อป้องกันการติดเชื้อในมารดาและทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนด หลังได้ยาช่วยการเจ็บครรภ์คลอด มีมดลูกหดรัดตัวถี่ การเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่มขึ้น สูติแพทย์พิจารณาให้เปลี่ยนยาช่วยการคลอดเป็น Bricanyl หลังได้ยา พบมดลูกหดรัดตัวถี่ การเปิดขยายของปากมดลูกเพิ่ม สูติแพทย์ยุติการช่วยการคลอด ประสานงานทีมกุมารแพทย์พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด</p> <p>- หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ถี่ มีภาวะรกค้าง ล้วงรกไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด รับประทานอาหารได้ดี ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อย ทำกิจวัตรประจำตัวได้ดี หลังคลอดวันที่ 3 แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน</p> <p>- นัดตรวจติดตามอาการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหลังครบ 6 สัปดาห์หลังคลอด พร้อมกับวางแผนการคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุม ติดตามประเมินอาการ ประมาณ 1 เดือนหลังคลอด ไม่พบปัญหาเรื่องการติดเชื้อในร่างกาย</p>

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	คะแนน หายใจหอบ กุมารแพทย์รับไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ต่อมาสามารถหายใจได้เอง ป้อนนมผสม และนมมารดาได้รับได้ ระยะเวลารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน 48 วัน น้ำหนักตัว 2,880 กรัม กุมารแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน นัดตรวจติดตามอาการเมื่อทารกอายุ 4 เดือน น้ำหนักตัว 5,000 กรัม ดูนมมารดาได้ดี ขับถ่ายปกติ พัฒนาการสมวัย	- มารดาคลอดทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 1,580 กรัม APGAR score 7-9-9 คะแนน หายใจหอบ กุมารแพทย์รับไปดูแลที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด โดยใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ต่อมาสามารถหายใจได้เอง ป้อนนมผสม และนมมารดาได้รับได้ ระยะเวลารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน 48 วัน น้ำหนักตัว 2,470 กรัม กุมารแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน นัดตรวจติดตามอาการเมื่อทารกอายุ 2 เดือน 21 วัน น้ำหนักตัว 3,400 กรัม ดูนมมารดาได้ดี ขับถ่ายปกติ พัฒนาการสมวัย อัลตราซาวนด์สมองปกติ
<b>2. การคลอด</b>	- คลอดปกติทางช่องคลอด (Normal labor) ตัดแผลฝีเย็บข้างขวา คะแนนการสูญเสียเลือดขณะคลอด 50 มล.	คลอดปกติทางช่องคลอด (Normal labor) ตัดแผลฝีเย็บข้างขวา คะแนนการสูญเสียเลือดขณะคลอด 150 มล.
<b>3. รวมระยะเวลาอนรรักษา</b>	2 วัน	3 วัน

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่สามารถยับยั้งการคลอดก่อนกำหนดได้ ทั้ง 2 ราย คลอดปกติทางช่องคลอด โดยที่กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบอาการแทรกซ้อน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี มีภาวะรกค้างได้ทำการล้วงรก ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล ของกรณีศึกษาที่ 1 วันนอนรวม 2 วัน

ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีวันนอนนานกว่ากรณีศึกษาที่ 1 รวมระยะวันนอนได้ 3 วัน

**1.4 การประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน** เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน รายละเอียด ดังในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบการประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<b>1. การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ</b>	รับรู้ว่าตนเองตั้งครร์ก โดยเป็นการตั้งครร์กที่ไม่ได้ตั้งใจวางแผนที่จะมีบุตร ไม่ทราบความเสี่ยงของการตั้งครร์ก การตั้งครร์กครั้งนี้ตั้งใจจะฝากครร์กเมื่อใกล้คลอด เนื่องจากกำลังเรียน ไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติ	รับรู้ว่าตนเองตั้งครร์ก โดยเป็นการตั้งครร์กที่ไม่ได้ตั้งใจวางแผนที่จะมีบุตร ไม่ทราบความเสี่ยงของการตั้งครร์ก การตั้งครร์กครั้งนี้ตั้งใจจะฝากครร์กตั้งแต่แรกเมื่อรู้ว่าตั้งครร์กเนื่องจากกำลังเรียนมัธยมปีที่ 2 ไม่ได้สังเกต

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เกิดขึ้น จนกระทั่งมีอาการเจ็บครรภ์ จึงมาโรงพยาบาล	อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จนกระทั่งมีอาการเจ็บครรภ์ จึงมาโรงพยาบาล
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ขณะตั้งครรภ์รับประทานอาหารตามปกติ ไม่ดื่มสุรา หรือยาเสพติด รับประทานอาหารที่บ้าน วันละ 3 มื้อ ก่อนตั้งครรภ์ BMI 23.19 อยู่ในเกณฑ์ปกติ	ขณะตั้งครรภ์รับประทานอาหารตามปกติ ไม่ดื่มสุรา หรือยาเสพติด รับประทานอาหารที่บ้าน วันละ 3-4 มื้อ ไม่มีปัญหาาระบบย่อยอาหาร ก่อนตั้งครรภ์ BMI 19.29 อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. การขับถ่าย	ไม่พบความผิดปกติของการขับถ่ายขณะตั้งครรภ์	พบความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะมีแสบขัด ขณะตั้งครรภ์
4. กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ไม่มีการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ยังคงเรียนตามปกติ	ไม่มีการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ลดกิจกรรมลง พักผ่อนมากขึ้น
5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับพักผ่อนวันละ 8 ชั่วโมง ไม่ได้นอนกลางวัน เนื่องจากต้องเรียนทุกวัน นอนหลับสนิท	นอนหลับพักผ่อนวันละ 8-10 ชั่วโมง นอนกลางวันวันละ 1-2 ชั่วโมง ในวันหยุด นอนหลับสนิท
6. การรับรู้และสติปัญญา	สามารถรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดี ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้ด้วยตัวเอง เมื่อต้องเผชิญปัญหา ประเมินศักยภาพตนเองว่าไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรในครรภ์หลังคลอดได้ จากที่ต้องไปเรียนต่อหลังคลอด วางแผนให้ย่าเลี้ยงบุตร	สามารถรับรู้ และตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้ดี ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง ส่วนใหญ่จะให้มารดาช่วยในการตัดสินใจ เมื่อแพทย์แจ้งข้อมูล มารดาจะเป็นคนช่วยตัดสินใจ เลือกการรักษาอย่างมีเหตุผล
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	รู้สึกเห็นในคุณค่าในตัวเอง ขณะเจ็บป่วยให้ความสนใจในการดูแลตนเอง สอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลตนเอง ไม่แสดงออกถึงความท้อแท้หมดหวัง	รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองน้อยลง ขณะเจ็บป่วยให้ความสนใจในการดูแลตนเองได้บ้าง สอบถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลตนเอง ปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้ดีโดยมีมารดาช่วยให้คำปรึกษา
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	บุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี โดยร่วมวางแผนการดูแลบุตรกับครอบครัวสามี เป็นหลักในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากสามีไม่มีรายได้ที่ชัดเจน ขณะอยู่โรงพยาบาลสามีมาช่วยดูแลบุตร และคอยติดตามอาการของมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาล	บุคคลในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี โดยสามีประจำการทหารบก รายได้มาเลี้ยงครอบครัวส่วนใหญ่จากบิดา มารดา ขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาหยุดงานมาดูแลผู้คลอดที่โรงพยาบาล และสนใจสอบถามอาการของผู้คลอด

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
9. เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่มีการวางแผนการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ วางแผนที่จะคุมกำเนิดหลังคลอด มีบุตรเมื่ออายุ 25 ขึ้นไป	ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่ได้วางแผนคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอดวางแผนคุมกำเนิดด้วยการฝังยา และวางแผนตั้งครรภ์เมื่อพร้อมอายุประมาณ 25 ขึ้นไป
10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	สามารถเผชิญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้น้อย แสดงถึงความเครียดที่ต้องดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	เมื่อเจ็บป่วยสามารถเผชิญได้ ตัดสินใจแก้ไข ปัญหาโดยมีมารดาช่วยเหลืออย่างมีเหตุผล ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นของแพทย์ และครอบครัว
11. ค่านิยมและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณี ไม่ได้เคร่งครัดหรือยึดถือสิ่งใดเป็นพิเศษ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามประเพณี ไม่ได้เคร่งครัดหรือยึดถือสิ่งใดเป็นพิเศษ

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตั้งครรภ์แรก เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนและไม่ได้ฝากครรภ์ตามเกณฑ์ ยังอยู่ในระหว่างการศึกษา จึงทำให้ทั้ง 2 ราย มีความเครียดวิตกกังวล และการตัดสินใจในการรับการรักษาและการดูแลสุขภาพขึ้นกับผู้ให้การดูแล ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 จะมีความแตกต่างในภาวะสุขภาพ คือ ตรวจ

พบมีอาการปัสสาวะแสบขัด ซึ่งบ่งบอกถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

## 2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากข้อมูลการ

ประเมินสุขภาพผู้ป่วย นำมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแต่ละระยะของการคลอด ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียด ดังในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ระยะของการคลอด	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะรอคลอด	1. เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกหดตัวถี่สัมพันธ์กับปากมดลูกเปิดขยาย	1. เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกหดตัวถี่สัมพันธ์กับปากมดลูกเปิดขยาย
	2. ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอดสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก	2. ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอดสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก
	3. เสี่ยงต่อภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ เนื่องจากการไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่ทารก ลดลงจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	3. เสี่ยงต่อภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ เนื่องจากการไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่ทารก ลดลงจากภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
	4. ญาติและหญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ เนื่องจากต้องคลอดก่อนกำหนด	4. มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
		5. ญาติและหญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์เนื่องจากต้องคลอดก่อนกำหนด

ระยะของการคลอด	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะคลอด	1. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดขณะคลอด	1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดขณะคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีสัมพันธ์กับมีภาวะรกค้าง
	2. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Birth asphyxia เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด	2. ทารกเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Birth asphyxia เนื่องจากคลอดก่อนกำหนด
ระยะหลังคลอด	1. มีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด	1. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีภาวะรกค้าง
	2. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ	2. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ
	3. ญาติและมารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกหลังคลอดเนื่องจากทารกมีภาวะหายใจหอบ และย้ายไปรับการรักษาที่หอวิกฤตทารกแรกเกิด	3. ญาติและมารดาหลังคลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารกหลังคลอดเนื่องจากทารกมีภาวะหายใจหอบ และย้ายไปรับการรักษาที่หอวิกฤตทารกแรกเกิด
ระยะฟื้นฟู	1. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อแผลฝีเย็บ	1. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อแผลฝีเย็บ
	2. มีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังคลอด เนื่องจากยังอยู่ในวัยเรียน	2. มีโอกาสเกิดภาวะเครียดหลังคลอด เนื่องจากยังอยู่ในวัยเรียน

จากตารางที่ 5 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน จำนวน 12 ข้อ ส่วนข้อวินิจฉัยที่แตกต่างกัน มีจำนวน 1 ข้อ ซึ่งพบในกรณีศึกษาที่ 2 ในช่วงระยะรอคลอด คือ มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

**3. การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล** จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบ นำมาวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ในการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การเปรียบเทียบการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รายละเอียด ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1** เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดีสัมพันธ์กับปากมดลูกเปิดขยาย กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินและเฝ้าระวังการหดตัวของมดลูก การเปิดขยายของปากมดลูก เช่น การหดตัวถี่ขึ้น การเปิดขยายปากมดลูกเพิ่มขึ้น 2) การบริหารยา โดยให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยาขยายมดลูก ยาฆ่าเชื้อ ยา

กระตุ้นการทำงานปอดทารกในครรภ์ 3) การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ 4) ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มดลูกหดตัวถี่ทุก 3 นาที เจ็บนาน 40 วินาที ปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ได้รับยาขยายมดลูก 2 ชนิด หลังได้ยาขยายมดลูกไม่พบภาวะแทรกซ้อน แต่มีมดลูกหดตัวถี่ขึ้น ปากมดลูกเปิดขยายเพิ่ม 8 เซนติเมตร พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มดลูกหดตัวถี่ทุก 3 นาที เจ็บนาน 35 วินาที ปากมดลูกเปิดขยาย 6 เซนติเมตร ได้รับยาขยายมดลูก 3 ชนิด หลังได้ยาขยายมดลูกไม่พบภาวะแทรกซ้อน แต่มดลูกหดตัวถี่ ปากมดลูกเปิดขยายเพิ่ม 8 เซนติเมตร พิจารณาให้คลอดทางช่องคลอด

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2** ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอดสัมพันธ์กับการหดตัวของมดลูก กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) ประเมินระดับความปวดด้านสีหน้า ท่าทาง คำพูด การหายใจ และสัญญาณชีพ จากแบบประเมินการส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดและการ

จัดการความปวดของผู้คลอด 2) ช่วยการเผชิญความปวด และจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ ฝึกรหายใจ การจัดทำนอน การนวดหลังบริเวณปวด 3) แจ้งความก้าวหน้าของการคลอดเป็นระยะ และ 4) ให้สามีหรือญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเผชิญความปวด การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีระดับความปวด 10 คะแนน ระดับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกระดับ 2+ เผชิญความปวดการผ่อนคลายและสามีช่วยนวดหลัง ระดับความปวดลดลงเป็น 8 คะแนน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีระดับความปวด 7 คะแนน ระดับความรุนแรงของการหดตัวของมดลูกระดับ 2+ เผชิญความปวดด้วยจัดทำน้ำท่าฝึกรหายใจมารดาช่วยนวดหลัง ระดับความปวดลดลงเหลือ 6 คะแนน

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** มีโอกาสเกิดการตกเลือดทั้งในระยะก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด เนื่องจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) การประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของความเข้มข้นของเลือด 2) การประเมินสัญญาณชีพ และอาการของการสูญเสียเลือด หรือมีเลือดออกผิดปกติ และ 3) เตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะสูญเสียเลือด ได้แก่ ยา เวชภัณฑ์ ห้องผ่าตัดฉุกเฉิน เลือด และส่วนประกอบของเลือด การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะตกเลือดทั้งระยะก่อนคลอด ขณะคลอด และหลังคลอด กรณีศึกษาที่ 1 หลังคลอดมดลูกหดตัวดี แต่กรณีศึกษาที่ 2 หลังคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี มีรกค้าง ได้ทำการล้วงรก และให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ส่งตรวจอัลตราซาวด์ผลปกติ สัญญาณชีพปกติ

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อทารกในครรภ์เกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากมีภาวะคลอดก่อนกำหนด กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) ติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยใช้เครื่องฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก (Fetal heart rate; FHR) 2) ประเมินโดยใช้เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Intrapartum monitoring; IPM) 3) ติดตามผลการประเมินภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ และ 4) ดูแลให้ได้รับ

สารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มี FHR = 132-158 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ IPM เป็น Category I ทารกคลอดน้ำหนักแรกเกิด 1,740 กรัม APGAR score 8-8-9 มีอาการหายใจหอบ ย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ต่อมาสามารถหายใจได้เอง รวมรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน 48 วัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 2,880 กรัม จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต กรณีศึกษาที่ 2 มี FHR = 130 - 156 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจ IPM เป็น Category I ทารกคลอดน้ำหนักแรกเกิด 1,580 กรัม APGAR score 7-9-9 มีอาการหายใจหอบ ย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวก ต่อมาสามารถหายใจได้เอง รวมรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตนาน 48 วัน น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 2,470 กรัม จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5** ไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) ประเมินระดับความปวดโดยใช้เครื่องมือ Numerical rating scale และประเมินลักษณะสีหน้าท่าทาง และสัญญาณชีพ 2) สอนการจัดท่าทางเพื่อลดอาการปวด 3) ประคบความเย็นหรือประคบร้อนลดอาการปวดแผล และ 4) ให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับความปวดค่อยๆ ลดลงสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** วิตกกังวลเกี่ยวข้องกับการรักษา การคลอด ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) การให้การสนับสนุนทางอารมณ์ สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ อยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ 2) การให้ข้อมูล และประสานให้ได้รับข้อมูลจากแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม และ 3) เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 หลังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ผู้

คลอดปรึกษากับสามีและญาติขอไม่ยับยั้งการคลอด ต้องการคลอดเอง ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับทารก วางแผนการดูแลสุขภาพตนเอง โดยขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 แสดงออกถึงความเครียด พุดคุย สอบถามเกี่ยวกับการคลอด ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การตัดสินใจมีมารดาเข้าร่วมการตัดสินใจทุกครั้ง ร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นของแพทย์และครอบครัว

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้คลอดและครอบครัวมีความพร้อมในการปรับตัว การเผชิญปัญหาที่เกิดจากการคลอดในวัยเรียน กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ 1) ให้กำลังใจและเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการตัดสินใจของผู้คลอด 2) ประเมินการรับรู้ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งวิธีการดูแลตัวเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะร่างกาย ความเชื่อและค่านิยมของผู้คลอด การประเมินผลการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 สามีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดและการรักษาทารก สามารถปรับตัวต่อสังคม วิธีการดูแลตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ดี จะกลับไปเรียนต่อได้ ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการคลอดและการรักษาทารก สามารถปรับตัวต่อสังคม วิธีการดูแลตนเอง มีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองได้ดี จะกลับไปเรียนต่อได้

### สรุปผลศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนดครรภ์ ทั้งด้านกายภาพ และแบบแผนสุขภาพ มีความแตกต่างด้านปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของพยาธิสภาพ กรณีศึกษาที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง 30 นาที ได้รับความช่วยเหลือ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการได้รับยา ยุติการยับยั้งการคลอด แพทย์พิจารณาคลอดปกติ ทารกเกิดก่อนกำหนด อวัยวะต่างๆ ยังไม่สมบูรณ์ ย้ายไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง ได้รับความ

ช่วยเหลือการคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการได้รับยา ยุติการยับยั้งการคลอด แพทย์พิจารณาคลอดปกติ ทารกเกิดก่อนกำหนด อวัยวะต่างๆ ยังไม่สมบูรณ์ ย้ายไปรับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด กรณีศึกษาทารกทั้ง 2 ราย ภายหลังได้รับการพยาบาล ทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติ

จากการเปรียบเทียบปัญหาทางการพยาบาล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ภายหลังได้รับการรักษาพยาบาล การใช้ทักษะในการประเมิน การจัดการปัญหาโดยใช้กระบวนการพยาบาล ช่วยแก้ไขปัญหาด้านการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ส่งผลให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะตกเลือดในทุกระยะของการคลอด ไม่มีภาวะติดเชื้อที่รุนแรง

**ข้อเสนอแนะ:** จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ควรนำไปจัดทำเป็นคู่มือหรือแนวทางการพยาบาลผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับบุคลากร
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและประเมินสมรรถนะของพยาบาลผู้คลอดวัยรุ่นที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
3. ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในปฐมนิเทศบุคลากรพยาบาล และนิเทศกำกับปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน

### เอกสารอ้างอิง

1. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science*. 2020;345(6198):760-5.
2. WHO Technical Working Group. Adolescent Pregnancy and Preterm Birth: A Global Perspective. Geneva: World Health Organization; 2023.
3. Robinson JN, Norwitz ER. Risk factors for preterm labor and delivery. In: *Preterm Birth: Prevention and Management*. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2023. p.45-68.

4. Simpson KR, Creehan PA. AWHONN's Perinatal Nursing. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2024. p.220-45.
5. Murray SS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2023. p.180-205.



# โรงพยาบาลขอนแก่น KHON KEAN HOSPITAL

54-56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง  
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000  
โทรศัพท์ 043-009900