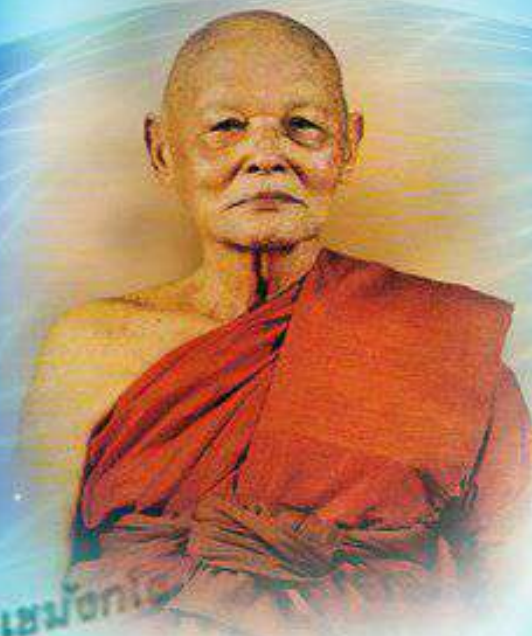




โรงพยาบาล สิงห์บุรี



โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

Singburi Hospital Journal

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (Suppl 1) เดือนมกราคม - มิถุนายน 2562

Vol. 28 no. 1 (Suppl 1) January - June 2019

ISSN 0858 - 4850

วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี

เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

- เพื่อเผยแพร่ประสบการณ์ การวิจัยและค้นคว้าทางวิชาการของโรงพยาบาลสิงห์บุรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้เชิงวิชาการในทางการแพทย์และสาธารณสุข
- เพื่อกระตุ้นให้มีความก้าวหน้าทางวิชาการ ส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แก่บุคลากรของโรงพยาบาลสิงห์บุรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบการ

กำหนดออกทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ในเดือนมกราคม และเดือนกรกฎาคม

การส่งเรื่อง

ส่งเรื่องลงพิมพ์ในวารสารนี้ ส่งไปยัง

นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000

การลงโฆษณา

อัตราค่าบำรุง ปีละ 100 บาท

เจ้าของ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประธานที่ปรึกษา

แพทย์หญิงวนิดา สาดตระกูลวัฒนา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

รองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

คณะกรรมการ	นายแพทย์ประพันธ์	สือวิโรจน์กุล
	แพทย์หญิงลินจง	พันธ์ชนะ
	นายแพทย์ภาคภูมิ	พรประเสริฐสุข
	นางสาวปริญญา	สกุลรัตน์
	นางสาวอัจฉรา	ศิริรัตนกร
	ดร.ปราณี	มีหาญพงษ์
	ดร.เบญญพร	ผ่องคำพันธุ์
	นายจำนงค์	ชัยสุวรรณษ์
	นายสัญญา	โพธิ์งาม

ผู้จัดการ นายวิโรจน์ มาเสนาะ

ผู้ช่วยผู้จัดการ นางสาวกมลวรรณ จันทร์จวนสุข

สำนักงาน กลุ่มพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนขุนสรุรงค์ อำเภอเมือง
จังหวัดสิงห์บุรี
โทร 036 – 511060 ต่อ 5201
โทรสาร 036 – 522513

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อลงพิมพ์ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้ด้านการแพทย์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์ และการสาธารณสุข เพื่อลงพิมพ์โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทยแต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนด

1. ประเภทบทความ**นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)**

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อนิพนธ์ บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทปริทัศน์ (Review Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชาการ หรือการจัดอบรมแพทย์ (Training Course) เป็นคราว ๆ ไปเผยแพร่ในเดือน มกราคม-มิถุนายน , กรกฎาคม-ธันวาคม

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อยและต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical Course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย ใคร่สร้างบทความรายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (Case Description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

2. ส่วนประกอบของบทความ**2.1 ปกชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย**

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา” หรือ “การสังเกต”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อ และ ที่อยู่ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัตนโกสินทร์เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษาไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไรและไม่รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่นิยมใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา หัวข้อวัตถุประสงค์ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ในการศึกษาสิ่งมีชีวิตตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา หัวข้อวิธีการศึกษาเริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (Study Design, Protocol) เช่น Randomized, Double Blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (In-Terventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (Results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแล้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบังแล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (Conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบ

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ทำให้บทความมีความภูมิฐาน เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.10 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อต้นและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบบ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้นิพนธ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัว และชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน หรือ 6 คนแรก (สุดแต่คำแนะนำของแต่ละวารสารแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้นิพนธ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่, ชื่อผู้นิพนธ์, ชื่อเรื่องใน, ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์, หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3.2.3 รายงานการประชุม สัมนาลำดับที่, ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อเรื่อง, ชื่อการประชุม ; วัน เดือน ปีประชุม ; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วนจะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำความเข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจจะอ่านบทความต่อไปหรือไม่

4.1 ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูดตัวเลขและเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง ดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรถูกเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ควรจะสั้นหรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัวแถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นชัดขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3- ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์

มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญมีประสิทธิภาพ มีแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีสไลด์สีคุณภาพดี หรือ File ภาพ Digital ความละเอียดไม่น้อยกว่า 300 dpi ขนาดภาพไม่น้อยกว่า 800 x 600 pixels

5. การส่งต้นฉบับ

5.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ 3 ซม. และด้านล่างและขวามือ 2.5 ซม. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มุมขวาบน

5.2 ส่งข้อมูลผ่านทาง E-mail ซึ่งต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียว พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด 2007 ด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว ชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ติดต่อกลับให้ครบถ้วน

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะให้วารสารผู้พิมพ์ จำนวน 2 เล่ม

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL
ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (Suppl 2) ม.ค. – มิ.ย. 2562

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง นิพนธ์ต้นฉบับ	ก
● การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกปลายขาซ้ายหักแบบมีแผลเปิดและได้รับการตัดขา บริเวณใต้เข่าซ้ายร่วมกับกระดูกปลายขาซ้ายหักและการเกิดภาวะความดัน ในช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา ปราณี มีหาญพงษ์	1 - 18
● ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผาสุก มั่นคง	19 - 32
● ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยง ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผาสุก มั่นคง	33 - 46
● การพยาบาลผู้ผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะลิ่มเลือดกระจาย ทั่วไปในหลอดเลือด เนื่องจากรกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์ร่วมกับมดลูกหดตัว ไม่ดี : กรณีศึกษา ณัฐนันท์ ประภาศิลป์	47 - 58
● การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน อโนชา กลิ่นสุคนธ์	59 - 71

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้ตีพิมพ์ โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (Suppl 2) ม.ค. – มิ.ย. 2562 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

(นายแพทย์นรินทร์ ชัยศรีสุขอำพร)

บรรณาธิการ

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกปลายขาซ้ายหักแบบมีแผลเปิดและได้รับการตัดขาบริเวณใต้เข่า ช่วยร่วมกับกระดูกปลายขาซ้ายหักและการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา

ปราณี มีหาญพงษ์
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี เกิดอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีแผลฉีกขาดอย่างรุนแรงลึกถึงกระดูกมีเลือดออกมากร่วมกับกระดูกหักลักษณะปลายขาเกือบขาดบริเวณเหนือข้อเท้าซ้าย และปลายขาขวา ปวดบวม ผิดรูป ขยับจะปวดมาก ไม่สลับ ไม่ปวดศีรษะ มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ผู้ประสบเหตุนำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรค Open fracture both bone left leg c-Closed fracture both bone right leg ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือด ให้ยาปฏิชีวนะ ให้ออกซิเจนตั้งแต่ตีอกอุบัติเหตุและฉีกฉีก และทำผ่าตัด Debridement และใส่ External fixation ตั้งแต่วันแรกถึง กระดูกปลายขาขวาใส่ Long leg slab ไว้ ในวันต่อมา มี Compartment syndrome ที่กระดูกปลายขาขวา ได้รับการรักษาโดยทำผ่าตัด Fasciotomy และใส่ External fixation ไว้ และภายหลังกระดูกปลายขาซ้าย แผลติดเชื้อมีเนื้อตายมาก ผ่าตัด Debridement แล้วไม่ดีขึ้น จึงทำผ่าตัด Below knee Amputation ปัญหาและการพยาบาลสำคัญ คือ เสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดบริเวณที่มีกระดูกปลายขาซ้ายหักแบบมีแผลเปิด, มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่กระดูกปลายขาขวา เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจากถูกตัดขาซ้ายและความวิตกกังวลในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักแบบมีแผลเปิดร่วมกับมีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง ซึ่งถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวดเร็ว มีการเฝ้าระวังและให้การดูแลรักษาเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงทีไม่ต้องถูกตัดปลายขาข้างขว่อีกข้าง หลังจากให้การพยาบาลและการดูแลรักษา ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยยอมรับความจริงที่จำเป็นต้องตัดปลายขาขวา ต่อมาไม่พบอยู่ในลักษณะที่พร้อมใส่ขาเทียม ต้นขาขวาใส่เหล็กตามกระดูกภายนอกไว้แผลแห้งดี ผู้ป่วยเคลื่อนไหว โดยใช้ Wheel chair แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน ดูแลให้ได้รับสิทธิผู้พิการ นัดมาตรวจที่โรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 25 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล /กระดูกปลายขาหักแบบมีแผลเปิด/ การตัดขาบริเวณใต้เข่า/ ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง/กระดูกปลายขาหัก

Abstract : Nursing care in Open fracture both bone left leg with left below knee amputation and Closed fracture both bone right leg with Compartment syndrome: Case study
Mrs. Pranee Meehanpong
Nursing Division of Singburi Hospital

A case study of male patients aged 27 years with the hospital. Accidents, truck collided with a car before coming to the hospital one an hour. Doctors diagnosed open fracture both bone left leg and closed fracture both bone right leg. He treated immediately in the Emergency Room, by intravenous fluid, blood, antibiotic, oxygen cannula, and debridement with external fixation left leg in the operating room and on the long leg slab at right leg in admission date. In the following days there compartment syndrome of right leg and treated by fasciotomy with external fixation. The left leg was surgical debridement of necrotic wound infection has not improved, thus making surgery below knee amputation. The nursing care major risk with shock due to blood loss in the left leg to bone fractures with open wounds, there is compartment syndrome right leg bone. The risk of complications, preoperative and postoperative depression due to left leg was amputated and anxiety in self-care when back home.

The Nurses play an important role in the nursing of patients with open fracture with shock, compartment syndrome. This is an urgent and emergency of Orthopedics. Therefore, nurses must have knowledge and ability, skills in assessing patients' symptoms, rapid and accurate monitoring and care. The disease has recovered. Patients treated timely, accurate right leg had not to be amputation. After the nursing and care, patients feel better, respectively, and accept the fact that patients need to amputation the right leg. The stump was appropriate to use a prosthesis, no swelling, no pain, good movement; dry wound at right leg, ambulate with wheel chair; total length of stay for 25 days; discharge with drug and doctor continuous visit.

Keyword: Nursing care, Open fracture both bone of leg, below knee amputation, Compartment syndrome, Closed fracture both bone of leg

บทนำ

ความก้าวหน้าทันสมัยของเทคโนโลยีด้านยานยนต์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องส่งผลให้อัตราการใช้ยานพาหนะในการขับเคลื่อนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการพัฒนาด้านคมนาคมที่ช่วยให้การเดินทางมีความสะดวกและรวดเร็ว หากผู้ขับขี่เกิดความประมาทในการใช้รถใช้ถนนอาจเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรได้ หากเมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วไม่เพียงแต่ร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บแต่อาจเกิดภาวะกระดูกหัก เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บ ซึ่งการเกิดกระดูกหักเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุที่รุนแรงจะทำให้กระดูกหักแบบ มีแผลเปิด ปลายแหลมของกระดูกที่หักที่เคลื่อนที่จะทำอันตรายต่อเส้นเลือดทำให้เสียเลือดมาก ภาวะที่อันตรายมากของการเกิดกระดูกหัก คือ ก้อนไขมันอุดตัน มักพบหลังจากเกิดอุบัติเหตุ 2 – 3 ชั่วโมงจนถึงเป็นวัน ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้หยุดหายใจและเสียชีวิตได้ในที่สุด นอกจากนี้การเชื่อมต่อกันของกระดูกหักต้องใช้เวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกปลายขาหรือกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เป็นกระดูกที่ติดยากที่หนึ่งในร่างกายเนื่องจากเป็นบริเวณที่มีกล้ามเนื้อและมีเลือดมาเลี้ยงน้อย จะเชื่อมกันประมาณ 16-19 สัปดาห์⁽¹⁾

ภาวะกระดูกปลายขาหรือกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) และน่อง (Fibular) หักแบบเปิดเป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในทางออร์โธปิดิกส์ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุพลัด ตก หกล้ม จากสถิติพบว่าในหนึ่งปีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุ 1,000 คนจะเกิดการหักของกระดูกหน้าแข้งแบบเปิด 2 คน⁽¹⁾ กระดูกหน้าแข้งเป็นกระดูกชิ้นที่มีการหักมากที่สุดชิ้นหนึ่งในร่างกาย เนื่องจากอวัยวะส่วนนี้ถูกปกคลุมด้วย ผิวหนังและชั้นไขมันเป็นส่วนใหญ่ และตรงกลางด้านหน้าจะไม่มีกล้ามเนื้อมาปกคลุม ดังนั้นการเกิดอันตรายต่อกระดูกชิ้นนี้ จะทำให้เกิดกระดูกหักชนิดมีแผลเปิดได้ง่าย ซึ่งภาวะกระดูกหน้าแข้งและน่องหักแบบเปิดนั้น อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ เส้นประสาทและหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกในตำแหน่งหน้าแข้งส่วนกลางหัก ได้บ่อยถึงเกือบร้อยละ 40 ทำให้เกิดการติดเชื้อรวมถึงการเกิดภาวะลิ่มไขมันอุดตันหลอดเลือด เป็นต้น⁽²⁾ ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนที่ ผลจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกล้ามเนื้อจะกดการไหลเวียนหลอดเลือดฝอยและการทำงานของเส้นประสาท ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตายได้อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เส้นประสาทสูญเสียหน้าที่เกิดความพิการ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ในต่างประเทศพบประมาณ 1.0 - 7.3 ต่อประชากรแสนราย⁽³⁾ สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจน ตำแหน่งที่พบได้บ่อยคือ กระดูกกระยางค์แขนและขาส่วนปลาย ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 36.00) พบในการหักของกระดูกหน้าแข้ง (Tibial fracture) ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงจะพบได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 0.30 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการบาดเจ็บ⁽⁴⁾ แต่ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

เพราะส่งผลทำให้เกิดการทำลายหลอดเลือดมากถึงร้อยละ 55.50 เกิดการติดเชื้อและนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะถึงร้อยละ 44.40⁽⁵⁾ หากได้รับการรักษาล่าช้าเกิน 12 ชั่วโมงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากถึงร้อยละ 54 เมื่อเทียบกับการได้รับการรักษาที่รวดเร็วด้วยการทำผ่าตัดเพื่อลดแรงดันในช่องกล้ามเนื้อ (Fasciotomy) ซึ่งจะพบภาวะแทรกซ้อนเพียงแค่ร้อยละ 4.50⁽⁶⁾

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หู เป็นหอผู้ป่วยสามัญแห่งเดียวที่รับผู้ป่วยใหม่ทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ มักมีสาเหตุจากอุบัติเหตุจากการจราจร จึงมีภาวะที่เร่งด่วนฉุกเฉินตั้งแต่แรกรับ จากสถิติผู้ป่วยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา – หู ในปี 2559 -2561 จำนวนผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุเกิด Fracture both bone of leg จำนวน 24, 30 และ 17 รายต่อปีตามลำดับและจะผู้ป่วย Opened fracture both bone of leg จำนวน 5, 10 และ 8 รายต่อปีตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องตัดขาพบได้น้อย ในปี 2559 - 2560 ไม่พบ และในปี 2561 มีผู้ป่วยตัดขา 1 ราย สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงนั้นพบได้น้อยมากเช่นกัน ตั้งแต่ปี 2550 – 2558 ไม่พบผู้ป่วยในปี 2559 พบ 1 ราย ในปี 2559 ไม่พบผู้ป่วยและในปี 2561 พบ 1 ราย⁽⁷⁾

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักแบบเปิด มักจะทำการตามกระดูกและ/หรือการผ่าตัดตามโลหะยึดตรึงกระดูก ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้กระดูกประสานกันให้คงรูปดั้งเดิม นอกจากการให้รักษาที่ดีแล้ว การให้การพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยมีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากภาวะเจ็บป่วยและความพิการได้ อีกทั้งการให้การพยาบาลเฉพาะโรคโดยใช้บทบาทของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของพยาบาลมาปฏิบัติการพยาบาลก็เป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องด้วยผู้ป่วยแต่ละรายมีความเป็นปัจเจกที่แตกต่างกัน ซึ่งกระดูกหักแบบมีแผลเปิดมีความเสี่ยงมากที่จะเกิดการติดเชื้อ กระดูกไม่ติด และถ้าการติดเชื้ออย่างรุนแรงซึ่งมีโอกาสดังกล่าวการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยจึงต้องตัดอวัยวะ ในส่วนที่มีการติดเชื้อนั้นออกด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่กระดูกหักถ้าได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องจะทำให้กระดูกไม่ติด หรือติดผิดรูป และทำให้เกิดความพิการของร่างกายตามมาได้ ถ้าการเกิดอุบัติเหตุที่มีความรุนแรง มักมีกระดูกหักในหลาย ๆ ตำแหน่งร่วมด้วย⁽¹⁾ ดังกรณีศึกษา

ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ทันทีที่ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้โดยเร็วที่สุด

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง อาชีพ รับจ้าง อายุ 27 ปี

รับผู้ป่วยใหม่จากตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัยผู้ใหญ่ รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ผมสีดำ นอนพักบนเตียง พุดรู้เรื่อง ปลายขาซ้ายและปลายขาขวา ใส่ Long leg splint ไว้ on 0.9% NSS 1000 cc. V drip 80 cc/hr

อาการสำคัญ อุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก มีแผลฉีกขาดอย่างรุนแรงลึกถึงกระดูกมีเลือดออกมากร่วมกับกระดูกหักลักษณะปลายขาเกือบขาดบริเวณเหนือข้อเท้าซ้าย และปลายขาขวา ปวดบวม ผิดรูป 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก มีแผลฉีกขาด เห็นกระดูกมีเลือดออกมากร่วมกับกระดูกหักลักษณะปลายขาเกือบขาดบริเวณเหนือข้อเท้าขวา และปลายขาขวา ปวดบวม ผิดรูป ขยับจะปวดมาก ไม่สลับ ไม่ปวดศีรษะ มีอาการใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น มุลินธินำส่งโรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีประวัติแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด ปฏิเสธโรคประจำตัว เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือคลินิกแพทย์ใกล้บ้าน

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต บิดาอายุ 58 ปี มารดา อายุ 51 ปี ผู้ป่วยเป็นคนโต มีพี่น้อง 2 คน น้องสาวอายุ 20 ปี ผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 06.00 น. อาชีพรับจ้างเป็นพนักงานส่งของไม่นอนกลางวัน เข้านอนเวลาประมาณ 21.00 – 22.00 น. ไม่เคยใช้ยานอนหลับ การขับถ่ายปกติ

อุปนิสัย เป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบพูดคุยกับเพื่อน ๆ และเพื่อนบ้าน

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นบ้าน 2 ชั้น ชั้นบนเป็นไม้ ชั้นล่างต่อเติมเป็นปูน อากาศถ่ายเทสะดวกดี

เศรษฐกิจและสังคม ทำงานรับส่งอาหารให้ร้านอาหาร มีรายได้ของตัวเอง ประมาณเดือนละ 9,000 บาท ใช้สิทธิ์ประกันสังคม

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยรูปร่างสมส่วน ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 2 mm. RTL BE พุดคุยได้ไม่สับสน กระดูกหักลักษณะปลายขาเกือบขาดบริเวณเหนือข้อเท้าซ้าย แผลฉีกขาดมีเลือดออกมากปิด Gauzeไว้ พันด้วย Elastic bandage ใส่ Long leg splint ปลายขาขวาบวมผิดรูปใส่ Long leg splint ไว้ กำลังกล้ำเนื้อแขนและขา Grade 5 น้ำหนัก 75 กิโลกรัม สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ประเมินสภาพจิตและสังคม ผู้ป่วยนอนหลับตา สีน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ถ้าถามจะตอบมีปฏิสัมพันธ์ดี

การตรวจด้วยรังสี พบว่า Open fracture both bone left leg, Closed fracture both bone right leg
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Complete Blood count พบ WBC 15,000 cells/cumm, Neutrophils 54.4 %, Lymphocytes 33 %, Hemoglobin 11gm% Hematocrit 30%, Platelet count 367,000 cells/cumm, พบ BUN 10 mg/dl, Cr 0.50 mg/dl, พบ Sodium 132 mmol/L, Potassium 3.9 mmol/L, Chloride 98 mmol/L, Carbondioxide 22 mmol/L

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2561

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Open fracture both bone left leg c- Closed fracture both bone right leg

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Open fracture both bone left leg c- BK Amputation, Closed fracture both bone right leg

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับใหม่ผู้ป่วยจากตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการ ปลายขา 2 ข้าง ผิดรูป มีแผลเปิดที่ปลายขาซ้าย admit ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย- หญิง แรกรับผู้ป่วยซึม เรียกถามตอบบางครั้ง ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V4M6 pupil 2 mm. RTL BE กำลังกล้ามเนื้อแขนและขา 2 ข้าง Grade 5 on 0.9% NSS 1000 cc. V drip loading ขา 2 ข้างใส่ Long leg splint ไว้ ปลายขาซ้ายมีแผลผิวดกข้อไว้ มี Active bleed แรกรับ สัญญาณชีพ BP 148/92 mmHg, T 36.5 องศาเซลเซียส P 100 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที SaO₂ 97 % แพทย์ set OR for Debridement left leg c External fixation SB ขาขวา on Long leg splint ไว้ Post – op วันที่ 9 กรกฎาคม 2561 ขาซ้าย on External fixation แผลมีเลือดซึม ทะลุ Elastic bandage วันที่ 10 กรกฎาคม 2561 ปลายขาขวา ปวดบวมมากขึ้น ให้ยาปรับประทุนแก้ปวด แล้วไม่ทุเลา คลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ มีอาการชาร่วมด้วยแพทย์ set OR for Fasciotomy SB Post – op ปลายขาซ้าย on External fixation c Fasciotomy วันที่ 13 กรกฎาคม 2561 แผลที่ปลายขาซ้าย Skin ซีด มีเนื้อตายจำนวน มีกลิ่นเหม็นมาก BP 110/ 70 mmHg, T 38.5 C, P 100 ครั้งต่อนาที, RR 20 ครั้งต่อนาที แพทย์ set OR for BK Amputation SB ขาซ้าย Post – op แผลแห้งดีไม่มีเลือดซึม วันที่ 17 กรกฎาคม 2561 แพทย์ set OR for STSG ปลายขาซ้ายยัง on External fixationไว้ วันที่ 24 กรกฎาคม 2561 เปิดแผล STSG แผลแห้งผิวหนังติดดี วันที่ 27 กรกฎาคม 2561 ตัดไหมแผล Stump แผลติดดี ปลาย Stump ไม่บวม ได้ดูแลรักษาบาดแผลที่ต่อขา และให้ความรู้ในการดูแลต่อขาและ External fixation เมื่อกลับไปอยู่บ้าน วันที่ 4 สิงหาคม 2561 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายโดยใช้ Wheel chair แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ยาบำรุงเลือดและยาแก้ปวดไปรับประทาน นัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการติดตามของกระดูกปลายขาขวาเพื่อถอด External fixation และเตรียมใส่ขาเทียมข้างซ้ายต่อไป รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 25 วัน

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดบริเวณที่มีกระดูกหักแบบมีแผลเปิด**ข้อมูลสนับสนุน S :** “รู้สึกหนาว ๆ”

O : ขา 2 ข้างใส่ Long leg splint ไว้ ป่วยขาซ้ายมีแผลผิวก้อนไขว้ มี Active bleed, BP 86/ 64 mmHg, T 36.5 องศาเซลเซียส, P 90 ครั้ง/นาที, R 20 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค**เกณฑ์การประเมินผล:** V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 110/ 70 mmHg, T 38.5 องศาเซลเซียส, P 100 ครั้ง/นาที, R 20 ครั้ง/นาที**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 2- 3 ชั่วโมงแรก อาจถึง 4 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ ต่อไปวัดทุก 30 นาที 2 ชั่วโมง และวัดทุก 1 ชั่วโมง หรือปรับตามสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างทันที่

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 4 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น

3. สังเกตอาการ เหงื่อ ออกตัวเย็น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ชีพจร มากกว่า 120 ครั้ง/นาทีหรือเพิ่มขึ้นกว่าเดิม 10-20 ครั้ง/นาที BP<90/60 mmHg แตกต่าง>ร้อยละ 20 ของความดันปกติของผู้ป่วย ปัสสาวะออกน้อย

4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. ให้นอนหงายยกปลายเท้าสูง 45 องศา ให้หัวเข่าตรง ศีรษะอยู่ระดับหน้าอกหรือยกสูงเล็กน้อย ทำนี้จะทำให้มีปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจ และทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น

6. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าออกร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 0.5 cc/kg/hr

7. ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น สังเกตอาการหายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว

8. เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมใช้ตลอดเวลา สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากแผลและขวดรองระบายเลือด ถ้าเสียเลือดน้อยกว่า ร้อยละ 15 ของเลือดในร่างกาย มักจะไม่มีอาการผิดปกติให้เห็นระหว่างร้อยละ 15 ถึง 30 ผู้ป่วยจะเริ่มจะกระสับกระส่ายชีพจรเต้นเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลง เพื่อให้การแก้ไขได้ทันที่

8. ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือดได้ 28 % ดูแลให้เลือด 2 ยูนิต ตามแผนการรักษาทั้งปริมาณและจำนวนหยด/นาที ถ้าให้เลือดมากและเร็วมากกว่า 1.5 เท่าของปริมาตรเลือดในร่างกาย หรือประมาณ 1 ยูนิต (500 ซี.ซี.) ในเวลา 5 นาที จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อค BP 120/ 60 mmHg, T 37.5 องศาเซลเซียส, P 90 ครั้ง/นาที, R 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกดี ความเข้มข้นของเลือดได้ 28% ให้เลือด 2 ขวด ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือดซ้ำได้ 31%

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาทั้งสองข้าง**ข้อมูลสนับสนุน S : -**

O : ขา 2 ข้าง ผิดรูป มีแผลเปิดที่ปลายขาซ้ายขาขวามีผิดรูป จากผล X-ray พบว่ามี Open fracture both bone Lt. Leg, Fracture both bone Rt. Leg, Pain score 8 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อบรรเทาอาการปวดขา

เกณฑ์การประเมินผล: Pain score < 3 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดขาโดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามอาการปวด โดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการปวดขาที่มากขึ้นเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. สังเกตอาการบวมตึงบริเวณขาและเท้าทั้ง 2 ข้าง ตรวจสอบ on Long leg slab ว่ารัดแน่นเกินไปหรือไม่
3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนยกขาให้สูงโดยการใช้หมอนรองใต้ขาเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกไม่คั่งที่ส่วนปลาย
4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เบามือ หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกบริเวณขาขวาเพื่อลดความกระทบกระเทือนและป้องกันการปวดขาเพิ่มมากขึ้น
5. พุดคุยและคอยให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดขาทำให้คลายความเจ็บปวดลงได้
6. แนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ลดอาการปวดลง
7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
8. ดูแลฉีดยา Morphine 3 mg v dilute NSS 10 cc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการปวดขา

9. ประเมินอาการปวดซ้ำหลังให้ยา 30 นาทีและประเมิน Sedation score รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กตการหายใจ ง่วงนอน และอาจเกิดแพ้โดยมีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง

ประเมินผลการพยาบาล: หลังได้รับยาอาการปวดขาลดลง Pain score 3 คะแนน ไม่พบอาการข้างเคียง ผิดปกติหลังได้รับยา Morphine และ Sedation score 0 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน S : -**

O : ผู้ป่วยสอบถามถึงวิธีการผ่าตัดและการให้ยาสลบ, ไม่สามารถบอกได้ว่าจะต้องปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ แพทย์ Set OR for Debridement with External fixation ขาซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วย สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง, สามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้, ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส, สอบถามเรื่องการผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแล
2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อเตรียมตัวผ่าตัดและตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน
3. ให้ข้อมูล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนและหลังการผ่าตัด ดังนี้
 - 3.1 ดูแลงดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันการสำลักอาหารขณะระงับความรู้สึกและการผ่าตัด
 - 3.2 เตรียมความสะอาดทางด้านร่างกายเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อลดเชื้อจากภายนอกและป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด
 - 3.3 ดูแลถอดของมีค่าต่างๆที่ผู้ป่วยสวมใส่ก่อนผ่าตัดเช่น สร้อย ฟันปลอม นาฬิกา เครื่องประดับอื่นๆ เป็นต้น
 - 3.4 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บคอระคายเคืองคอ คลื่นไส้อาเจียน การมี Early ambulation
 - 3.5 สอนผู้ป่วยเรื่อง Deep breathing exercise, Effective cough, การออกกำลังกายหลังผ่าตัด Ankle pump, Quadriceps exercise
 - 3.4 อธิบายเกี่ยวกับการบันทึกสัญญาณชีพตามเวลาหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ
 - 3.5 อธิบายเกี่ยวกับอาการปวดแผล ซึ่งมียาบรรเทาปวดให้เป็นระยะๆ หากผู้ป่วยปวดแผลหลังจากผ่าตัด

4. สอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดหลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สามารถฝึก Deep breathing exercise และ Effective cough ได้ถูกต้อง มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสหลังให้ข้อมูล สอบถามเรื่องการผ่าตัดลดลงและคลายความกังวลลง

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่ขาขวา

ข้อมูลสนับสนุน S : “ปวดแผลผ่าตัดมาก, เวลาขยับขาจะปวดแผลมากขึ้น, นอนไม่ค่อยหลับปวดแผล”

O : Case Open fracture both bone right leg S/P Debridement with External fixation, Pain score 7 คะแนน สีหน้าไม่สุขสบายหน้ามืดวูบ, ทำ Passive stretching foot dorsiflexion ร้องปวด, ไม่ค่อยขยับร่างกายนอนเป็นส่วนใหญ่ กระดกข้อเท้าได้น้อย

วัตถุประสงค์: บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score < 3 คะแนน, ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสขึ้นไม่แสดงอาการปวดไม่มีหน้ามือคิ้วขมวด, สามารถนอนหลับพักผ่อนได้และหรือสามารถทำกิจกรรมได้ดีโดยไม่บ่นปวดแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลฉีดยา Morphine 3 mg v dilute NSS 10 cc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด
2. ประเมินอาการปวดซ้ำหลังให้ยา 15 นาทีและประเมินสัญญาณชีพ Sedation score รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน กดการหายใจ ง่วงนอน และอาจเกิดแพ้โดยมีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง
3. สังเกตอาการบวมตึงบริเวณขาและเท้า ตรวจสอบการพัน Elastic bandage ที่แผลผ่าตัดว่าแน่นหรือหลวม โดยสอบถามจากผู้ป่วยและใช้นิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าตรงรอยพันทบของ Elastic bandage ว่าพอประมาณนิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าได้ ถ้าสอดไม่ได้แสดงว่าแน่นเกินไป
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนเหยียดขาข้างที่ทำการผ่าตัด ไม่งอขาหรือนอนพับขา และ Elevate ขาให้สูงโดยใช้หมอนรองใต้ขาเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกไม่คั่งที่ส่วนปลาย
5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เบามือ หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกบริเวณบาดแผลผ่าตัดเพื่อลดความกระทบกระเทือนและป้องกันการปวดแผลผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น
6. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกบริเวณบาดแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการปวดแผลเพิ่มมากขึ้น
7. แนะนำให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือหรือทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
8. แนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ลดอาการปวดลง
9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

ประเมินผลการพยาบาล: หลังได้รับยาอาการปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score 5 คะแนน, ไม่พบอาการข้างเคียงผิดปกติหลังได้รับยา Morphine และ Sedation score 0 คะแนน, สีหน้าสดชื่นขึ้นสามารถนอนพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 5 เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงเนื่องจากการหักของกระดูกปลายขา

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : Case Closed fracture both bone right leg ใส่ Long leg slab ไว้, เท้าขามีอาการบวมตึง มีอาการชาปลายนิ้วเท้าขวา, คลำชีพจรตำแหน่ง Dorsalis pedis และ Posterior tibial ได้เบากว่าข้างซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Compartment syndrome

เกณฑ์การประเมินผล: ใช้“five Ps” คะแนนความปวดลดลง Pain score < 3 คะแนน หลังได้ยาแก้ปวด หรือไม่ขอยาแก้ปวดหรือปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลดลง, ปลายเท้ายุบวม ไม่มีอาการอ่อนแรง ชา และซีดเย็น, ทำ Blanching test ได้ผล Positive capillary refill < 2 วินาที, สามารถประเมินชีพจรของ Dorsalis pedis และ Posterior tibial ได้ชัดเจน, Passive stretching ได้ผล Negative

กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินยึดหลัก“five Ps” ตั้งแต่ประเมินสัญญาณชีพและประเมินอาการแสดงของภาวะ Compartment syndrome ได้แก่ อาการที่เส้นประสาทรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ เช่นรู้สึกชา (Paresthesia) ปวด แสบ ปวดร้อน อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Paralysis) อวัยวะส่วนปลายเย็น ซีด(Pallor) อาการปวด (Pain) บวมตึงของขาและเท้า การคลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ (Pulselessness)

2. จัดท่ายกขาขาที่ได้รับการผ่าตัดให้สูงเพื่อส่งเสริม Venous return

3. จัดแนวขาและสะโพกให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงขึ้น ไม่โก่งงอหรือบิดผิดรูป หลีกเลี่ยงการงอบริเวณข้อพับมาก เกินความจำเป็น เพื่อให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น

4. ตรวจสอบการพัน Elastic bandage ที่แผลผ่าตัดว่าแน่นหรือหลวม โดยสอบถามจากผู้ป่วยและใช้นิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าตรงรอยพันทบของ Elastic bandage ว่าพอประมาณนิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าได้ ถ้าสอดไม่ได้ แสดงว่าแน่นเกินไป

5. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ระดับ 0 ถึง 10 ทุกชั่วโมง โดยเฉพาะความปวดที่เกิดจาก Passive movement และบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา

6. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Ankle pump

ประเมินผลการพยาบาล: ขาขวยังมีอาการบวมตึง ค่อนข้างมาก กระดกปลายเท้าได้แต่ยังได้ไม่ Full ROM เพราะยังปวด ปลายเท้าไม่ซีดเย็น ไม่มีอาการอ่อนแรง คลำชีพจรตำแหน่ง Dorsalis pedis และ Posterior tibial ได้เบากว่าข้างซ้าย ทำ Blanching test ได้ผล Positive capillary refill 2 วินาที ให้ยาแก้ปวดแล้ว อาการปวดบริเวณปลายขาขาไม่ลดลง รายงานแพทย์ทราบ Dx: Compartment syndrome จึง Set OR ทำ Fasciotomy c External fixation

ปัญหาที่ 6 มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดที่ปลายขาซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : Case open fracture both bone right leg S/P Debridement with External fixation

: แผลที่ปลายขาซ้าย ผิวหนังซีด มีเนื้อตายจำนวน มีกลิ่นเหม็น BP 110/ 70 mmHg, T 38.5 องศาเซลเซียส, P 100 ครั้งต่อนาที, RR 20 ครั้งต่อนาที แพทย์ set OR for BK Amputation SB, ผล CBC พบ WBC 18,840 cells/cumm

วัตถุประสงค์ : การติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล: แผลผ่าตัดไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง ไม่มี Discharge หรือ Bleed ซึม, สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส, R 16-24 ครั้ง/นาที, P 60 -100 ครั้ง/นาที, BP 90-140 / 60-90 mmHg, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ CBC ค่า WBC 5,000-10,000 cell / cumm, Neutrophils 55-70 % Lymphocytes 20-40 % Monocytes 2-8 % Eosinophils 1-4 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการอักเสบ บวมแดง รอบ ๆ แผล มี Discharge หรือ Bleed ซึมออกจากแผล
2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
3. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง
4. ดูแลเช็ดตัวร่วมกับให้ยา Paracetamol 2 tab oral เพื่อลดไข้และประเมินอาการซ้ำ 30 นาทีหลังให้การพยาบาล
5. ทำความสะอาดแผล เข้า- เย็น โดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่บริเวณแผลผ่าตัด
6. แนะนำไม่ให้แคะแกะเกาแผลและระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ
7. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยแบบ Partial bed bath วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายสะอาดลดการสะสมของเชื้อโรค
8. ทำความสะอาดเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยให้สะอาด เพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรค
9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังทาผ่าตัด และการหายของแผล เช่น การได้รับอาหารโปรตีน ไข่ นม เนื้อ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก เพื่อช่วยในการติดของกระดูกที่หักและการหายของแผล รวมทั้งน้ำดื่ม อย่างน้อย 2,500-3,000 ซีซี/วัน
10. ให้ยา Cefazolin 1 gm vein q 6 hr และ Gentamycin 240 mg vein drip OD. ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก มีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า ลิ้น ริมฝีปากและลำคอ

ประเมินผลการพยาบาล: แผลผ่าตัดมีอาการบวมแดง ผิวหนังซีด มีเนื้อตายจำนวน มีกลิ่นเหม็น , T 38 องศาเซลเซียส วันที่ 2 หลังรับไว้ แผลมีเลือดและสารคัดหลั่งจากแผลซึมมาก เนื้อแผลซีด แพทย์จึงผ่าตัดล้างตบแต่งบาดแผลที่ปลายขาขวา 3 ครั้งแผลติดเชื้อมีเนื้อตายมากจึงตัดบริเวณใต้เข่าขวาหลังจากนอนโรงพยาบาลได้ 4 วัน

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีความซึมเศร้าเนื่องจากการสูญเสียอวัยวะจากการตัดขาบริเวณใต้เข่าซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : ผู้ป่วยทำ BK Amputation ขาซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยสดชื่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีท่าทีคลายกังวล พักผ่อนได้วันละประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลด้านจิตใจ พุดลอบโยน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องตัดขา
รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและคลายความวิตกกังวล ปฏิบัติพยาบาลจิตเวชตามแนวทางที่กำหนด

2. เปิดโอกาสให้ญาติที่สนิทได้เฝ้าอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและให้ดูบาดแผล
ขณะเปิดทำแผล

3. แนะนำการปฏิบัติตัวในการดูแลต่อขา เช่น การออกกำลังกายต่อขา การดูแลบาดแผลท่าที่ควรระวัง
คือท่าที่ทำให้ต่อขางอไปข้างหลังและต่อขาแบะออก การดูแลต่อขาให้ปลายเล็กกว่าต้นต่อขาโดยกันผ้ายืดไว้
และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใส่ขาเทียมซึ่งมีหน่วยบริการในโรงพยาบาล และการจัดทำสิทธิผู้พิการ

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสีหน้าคลายความวิตกกังวล พักผ่อนได้วันละประมาณ 7 ชั่วโมง และจะ
ยินยอมให้ตัดขาถ้าแผลติดเชื้อและมีเนื้อตายมาก

ปัญหา 9 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลัง
ผ่าตัดได้เข้าซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S : “ แผลที่ต่อขาจะอักเสบไหม จะดูแลต่อขาอย่างไร ”

O : ผู้ป่วยทำ BK Amputation ขาซ้าย

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วย สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง,
สามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้, ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส, สอบถามเรื่องการผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดขาซ้าย การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน
และหลังผ่าตัด โดยสังเขป รวมทั้งการให้ความมั่นใจเกี่ยวกับความปลอดภัยในการผ่าตัด และทีมบุคลากร
สุขภาพที่จะคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

2. สอนและฝึกการหายใจ เข้าออกยาวๆ ลึก ๆ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ

3. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด โดยให้ทำความสะอาดร่างกาย ตัดเล็บมือเล็บเท้า
ให้สั้น การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด งดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัดโดยจะได้รับสารน้ำทาง
หลอดเลือดดำแทน เช่นไบยีนยอมผ่าตัด เจาะเลือดเตรียมความพร้อมของร่างกายและเตรียมเลือดไว้ล่วงหน้าไม่
นำของมีค่าไปห้องผ่าตัด

4. อธิบายการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการฉีดยาชาเข้าที่ไขสันหลัง ในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีอาการชาบริเวณนั้นเอวลงไปถึงปลายเท้า ให้นอนราบนอนหนุนหมอนได้ 4 – 6 ชั่วโมง แต่ห้ามลุกนั่ง เพราะฤทธิ์ยาจะทำให้ความดันโลหิตต่ำ

5. อาจมีอาการปวดศีรษะและปัสสาวะคั่งได้ หลังยาชาหมดฤทธิ์ อาการจะเป็นปกติ ให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อขับยาชาออกทางไต

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล พักผ่อนได้ ยอมรับและยินยอมทำผ่าตัด

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์

ข้อมูลสนับสนุน S : “อายคนอื่น ที่เป็นคนพิการ”

O : ผู้ป่วยทำ BK Amputation ขาซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับสภาพความเป็นจริง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยรับฟังมีท่าที่ผ่อนคลายและสีหน้าแจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลด้านจิตใจ พูดปลอบโยน และรับฟังปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและคลายความวิตกกังวล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกต่าง ๆ และซักถามข้อสงสัย โดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตนการดูแลต่อขาให้ปลายเล็กกว่าต้นขาโดยพันผ้ายึดไว้

4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใส่ขาเทียมซึ่งมีหน่วยบริการในโรงพยาบาล และ ชื่นชม ให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วย

ปฏิบัติในการดูแลตนเองได้ดี และช่วยประสานงานการจัดทำสิทธิผู้พิการ

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรับฟังมีท่าที่ผ่อนคลายและสีหน้าแจ่มใสขึ้น ตั้งใจดูแลตนเองและขอขาให้ดี เพื่อจะใส่ขาเทียมได้โดยเร็ว

ปัญหาที่ 11 ผู้ป่วยรู้สึกปวดที่ปลายขาซ้ายเหมือนยังมีปลายขาขวายอยู่

ข้อมูลสนับสนุน S : “ รู้สึกปวดเหมือนยังมีปลายขาซ้ายอยู่”

O : ผู้ป่วยทำ BK Amputation ขาซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด เข้าใจยอมรับอาการปวดที่เกิดขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยรับฟังมีท่าที่ผ่อนคลายและสีหน้าแจ่มใส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลด้านจิตใจ พูดปลอบโยน ให้กำลังใจ และรับฟังอาการปวดของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและคลายความวิตกกังวล ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ และจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย พูดคุยสัมผัสผู้ป่วย ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล จัดให้พักในบริเวณที่สงบไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยเฝ้าอย่างใกล้ชิด การจำกัดการเยี่ยมเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น

2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการปวดเหมือนยังมีขาที่ตัดไปแล้วอยู่ สามารถเกิดขึ้นได้เป็นเรื่องปกติ แล้วอาการจะหายได้เองพร้อมแนะนำการปฏิบัติตนการดูแลข้อขาด้วยการพัน Stump ด้วยความนุ่มนวลเบามือ

3. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียงของยาแก้ปวดประเมินผล ผู้ป่วยบ่นปวดขามาก ฉีด Morphine 3 mg V drip หลังจากนั้นทุเลาปวดขา พักผ่อนได้ 6 – 8 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรับฟังมีท่าที่ผ่อนคลายและสีหน้าแจ่มใสขึ้น Pain score 2 คะแนน ยังมีอาการอาการปวดเหมือนยังมีขาที่ตัดไปแล้วอยู่ประมาณ 2 สัปดาห์อาการดังกล่าวจึงหมดไป

ปัญหาที่ 12 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน S : “กลับบ้านไปจะต้องทำอย่างไรบ้าง”

○ : ผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการดูแลตนเองที่บ้านได้, ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ยังต้องกลับไปดูแลต่อ และเคลื่อนย้ายด้วย Wheel chair, Case Opened fracture both bone Lt leg S/P Debridement with BK Amputation แผลที่ข้อขาตัดใหม่แล้วแห้งสนิทดี ขาขวา Closed fracture both bone Rt leg S/P Fasciotomy, Skin graft, External fixation ยังเดินลงน้ำหนักขาขวาไม่ได้

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องและมีความมั่นใจสามารถดูแลข้อขาและหลักตามกระดูกภายนอกที่ขาขวาด้วยตนเองที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลข้อขา การพันผ้ายืดและปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง, สามารถบอกการดูแลหลักตามกระดูกภายนอกที่ขาขวาได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้าน โดยให้ดูแลข้อขาไม่ให้มีบาดแผล พันผ้ายืดไว้ทุกวัน ออกกำลังกายข้อขาอย่างสม่ำเสมอ ระวังระวังท่าทางที่ทำให้ปลายข้อขาเบะออก หรืองอเข้าไปข้างหลัง

2. ระวังแผลที่ใส่หลักตามกระดูกภายนอกเปียกน้ำ ทำแผลที่รพสต.ใกล้บ้านวันละครึ่งหรือตามความเหมาะสมถ้าแผล Pin แห้งดีอาจทำวันเว้นวัน ไม่ลงน้ำหนักจนกว่ามาพบแพทย์ตามนัด X – Ray กระดูกติด

ประมาณ 3 – 4 เดือน แล้วแพทย์จึงจะถอด External fixation และหัดเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ และเมื่อข้อขาขยับงอได้รูป แพทย์จะนัดใส่ขาเทียม และผู้ป่วยจะเดินได้ในที่สุด

3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำมาก ๆ พักผ่อนอย่างเพียงพอ

4. ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อขาขวา และกำลังข้อมือ เพื่อการเดินที่มั่นคง เช่น Quadriceps set, Straight leg raising, Ankle pumps และตระหนักถึงความปลอดภัยในการขับขึ้นยานพาหนะ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดการหักข้ำของกระดูกได้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีผลต่อการสร้างเนื้อเยื่อกระดูก ทำให้กระดูกติดช้ากว่าปกติ

5. รับประทานยาตามแพทย์สั่งคือ

5.1 Dicloxacillin (500) 1 cap oral qid.ac ต้องรับประทานติดต่อกันหมดและเฝ้าระวังอาการแพ้ยาได้แก่เป็นไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย แสบร้อนกลางอกปวดข้อ เจ็บกล้ามเนื้อหากพบว่าเกิดอาการแพ้ยา เช่น ลมพิษ เวียนศีรษะมาก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด ใบหน้าบวมริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม ควรรีบพบแพทย์ในทันที

5.2 Tramol 1 cap oral bid. pc รับประทานเฉพาะเมื่อมีอาการปวด การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น มีผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ถ้าพบอาการผิดปกติ ให้หยุดยา แล้วมาพบแพทย์โดยเร็ว

5.3 Paracetamol (500) 2 tab oral prn. q 4 hr. รับประทานเฉพาะเวลามีอาการปวดหรือมีไข้

5.4 CaCO₃ 1 tab oral OD.pc. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาพร้อมกับนม

6. ดูแลเคราะหฐานะแพทย์รับรองสิทธิผู้พิการให้ส่งปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ในการวางแผนปรับเปลี่ยนอาชีพที่เหมาะสม แนะนำให้มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ถ้ามีอาการ ผิดปกติ เช่น แผลดองหรือที่ปลายขาขามีอาการอักเสบ บวมแดง ให้รีบมาพบแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี discharge ชี้น ปวดตึงแผลเล็กน้อย Pain score 2-3 คะแนน หลังเท้าขาไม่บวมกระดูกเท้าขึ้นลงได้ปกติ T 36.5 องศาเซลเซียส P 98 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 120/80mmHg ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนขณะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 27 ปี มาโรงพยาบาลด้วย อุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุกก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีแผลฉีกขาดอย่างรุนแรงถึงกระดูกมีเลือดออกมากร่วมกับกระดูกหักลักษณะปลายขาเกือบขาดบริเวณเหนือข้อเท้าซ้าย และปลายขาขวา ปวดบวม ผิดรูป ขยับจะปวดมาก ไม่สลบ ไม่ปวดศีรษะ มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ผู้ประสบเหตุนำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรค Open fracture both bone left leg c- Closed fracture both bone right leg รับใหม่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกขา- ถูึง ด้วยอาการปลายขา 2 ข้าง ผิดรูป มีแผลเปิดที่ปลายขาซ้าย ผู้ป่วยซึม เรียกถามตอบบางครั้ง ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V4M6 pupil 2 mm. RTL BE ปวดขาขวา, pain scale 8 คะแนน กำลังกล้ามเนื้อแขนและขา 2 ข้าง Grade 5 on 0.9% NSS 1000 cc. V drip loading ขา2 ข้างใส่ Long leg splint ไว้ ปลายขาซ้ายมีแผลปิดก๊อชไว้ มีActive bleed แกร็บ สัญญาณชีพ BP 148/92 mmHg, T 36.5 องศาเซลเซียส P 100 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที Sao2 97 % แพทย์จึงทำผ่าตัด Debridement left leg c External fixation SB ขาขวา on Long leg splint วันที่ 2 หลังแรกรับ ปลายขาขวา ปวดบวมมากขึ้น ให้ยารับประทานแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา คลำชีพจรหลังเท้าเบาลง มีอาการชาร่วมด้วยแพทย์ Dx: Compartment syndrome จึงทำผ่าตัด Fasciotomy SB วันที่ 4 หลังแรกรับ แผลที่ปลายขาซ้าย Skin ชิด มีเนื้อตายจำนวน มีกลิ่นเหม็นมาก BP 110/ 70 mmHg, T 38.5 องศาเซลเซียส, P 100 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที แพทย์

ทำผ่าตัด BK Amputation SB หลังจากนั้นแผลแห้งดีดีตามลำดับ วันที่ 7 หลังแรกรับแพทย์ทำผ่าตัด STSG ปลายขาซ้ายยัง on External fixationไว้ วันที่ 7 หลังแรกรับแผล Fasciotomy แดงดีเนื้อเต็มแพทย์ทำผ่าตัด STSG ปลายขาซ้ายยัง on External fixationไว้ วันที่ 14 หลังแรกรับเปิดแผล STSG แผลแห้งผิวนิ่งดีดี วันที่ 17 หลังแรกรับตัดไหมแผล Stump แผลแห้งดี Stump ไม่บวมขาซ้ายยัง on External fixationไว้ แผล Pin แห้งดี ปัญหาและการพยาบาลคือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดบริเวณที่มีกระดูกหักแบบมีแผลเปิด, ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาทั้งสองข้าง, ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่ขาขวา, เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงเนื่องจากการหักของกระดูกปลายขา, มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดที่ปลายขาซ้าย, ผู้ป่วยมีความซึมเศร้าเนื่องจากการสูญเสียอวัยวะจากการตัดขาบริเวณใต้เข่าซ้าย, ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดใต้เข่าซ้าย, ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์, ผู้ป่วยรู้สึกปวดที่ปลายขาซ้ายเหมือนยังมีปลายขาขวาอยู่, ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการดูแลตนเองตั้งแต่หลังแรกรับเป็นระยะเพื่อพร้อมกลับไปอยู่บ้าน เตรียมขอสิทธิผู้พิการและปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ในการปรับเปลี่ยนอาชีพ เคลื่อนไหวโดยใช้ Wheel chair แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดมาพบเป็นระยะ ๆ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 25 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยรายนี้เป็นวัยรุ่นชาย มาโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุทางการจราจรที่รุนแรง มีกระดูกปลายขาหักแบบมีแผลเปิด ร่วมกับกระดูกปลายขาขวาหักและเสี่ยงกับภาวะช็อคพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินและประสานงานกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพเป็นอย่างดี จึงจะช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ ในผู้ป่วยรายนี้แม้จะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีแต่เนื่องจากความรุนแรงของพยาธิสภาพ จึงเกิดการติดเชื้อบริเวณปลายขาซ้ายและพยาบาลพบภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ขาขวาได้อย่างรวดเร็ว จึงทำการผ่าตัดกรีดเนื้อเยื่อเพื่อลดความดันในช่องกล้ามเนื้อได้อย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียขาข้างขวาไป เนื่องจากอุบัติเหตุที่รุนแรงและพยาธิสภาพของโรคเอง จึงจำเป็นต้องตัดปลายขาซ้าย เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย ผู้ป่วยสุขภาพเดิมแข็งแรงอายุ 27 ปี รับรู้และปรับตัวในการดูแลตนเองได้เร็วแม้จะมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลอยู่บ้าง ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ดูแลต่อขาเป็นอย่างดี มีแนวโน้มที่จะใส่ขาเทียมเดิน ช่วยตัวเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต่อไป จะเห็นได้ว่าอุบัติเหตุทางการจราจร นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพย์สิน และอาจมีความพิการตามมาได้ ดังนั้นจึงควรร่วมกับเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลนอกโรงพยาบาล และในชุมชน เพื่อกันรณรงค์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรได้แก่การสวมหมวกกันน็อค และปฏิบัติตาม กฎจราจรอย่างเคร่งครัด

บทสรุป จากอุบัติเหตุทางการจราจรที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยจึงต้องตัดขาผู้ป่วยเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคหรือการบาดเจ็บไม่ให้ลุกลามมากขึ้นแล้วยังไม่ถึงว่าสิ้นสุดการดูแลรักษาพยาบาล พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญที่จะสอนให้ความรู้กับผู้ป่วยในการดูแลต่อขาให้ถูกวิธี แผลต่อขาต้องหายสนิทไม่มีการอักเสบติดเชื้อ ปลายขาเป็นรูปกรวย ไม่มีการหดรั้งของปลายต่อขาไปข้างหลัง มีการบริหาร

ขอขอให้แข็งแรง เพื่อให้ตอบาเหมาะสมกับการใส่ขาเทียมต่อไป ในผู้ป่วยรายนี้ยังพบภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงแม้ว่าจะเป็นภาวะที่พบได้น้อย แต่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการ รักษาอย่างทันท่วงที ผลจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกล้ามเนื้อจะกดการไหลเวียนหลอดเลือดฝอยและการทำงานของเส้น ประสาท ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยง และเน่าตายได้อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เส้นประสาทสูญเสียหน้าที่ เกิดความพิการ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จุดเน้นสำหรับปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงคือความสามารถในการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงให้ได้ตั้งแต่ในระยะแรกๆ สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามดังกล่าวข้างต้น ไม่ต้องสูญเสียอวัยวะ ดังตัวอย่างกรณีศึกษา สำหรับการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ได้ ใช้หลัก “five Ps” หรือ “5 Ps” สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ง่ายเพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษอื่นใด พยาบาลเพียงแต่อาศัยทักษะการสังเกตและการตรวจร่างกายเบื้องต้นก็สามารถประเมินภาวะนี้ได้ ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วรณิ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคออร์โธปิดิกส์. 6, editor. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2561.
2. von Keudell AG, Weaver MJ, Appleton PT, Bae DS, Dyer GS, Heng M, et al. Diagnosis and treatment of acute extremity compartment syndrome. The Lancet. 2015;386(10000):1299-310.
3. Via AG, Oliva F, Spoliti M, Maffulli N. Acute compartment syndrome. Muscles Ligaments Tendons J. 2015;5(1):18.
4. อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, ทัดถณ พลไชย, ฉัตรชัย แป้งหอม, จุฑามาศ นุชพล. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;17(กันยายน - ธันวาคม):17-24.
5. Verwiebe EG, Kanlic EM, Saller J, Abdelgawad A. Thigh compartment syndrome, presentation and complications. Bosn J Basic Med Sci. 2009;9 (Suppl 1):S28.
6. Walls MH. Compartment syndrome: an orthopedic emergency. Emerg Nurs J. 2017; 43(4):303-7.
7. หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง. รายงานสถิติผู้ป่วยหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย - หญิง. 2562.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผาสุก มั่นคง

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 197 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 557, p < .01$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ให้พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการสร้างเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย

คำสำคัญ การรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Abstract: RELATIONSHIPS BETWEEN ILLNESS REPRESENTATION AND HEALTH BEHAVIORS OF PERSONS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION

Mrs. Phasuk Mankhong

The purpose of this research was to study relationships between illness representation and health behaviors of persons with acute myocardial infraction who visited the Diabetes Clinics, Out Patient Department of Singburi Hospital. A sample of 197 acute myocardial infraction persons was recruited by simple random sampling. The instruments consisted of demographic data, illness representation and health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment correlation coefficients.

The results showed that illness representation was significantly related to health behaviors ($r = .557, p < .01$)

From research findings, nurses and health care providers should promote health behavior of acute myocardial infarction persons based on illness representation.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการตาย ที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกเป็นจำนวนมากตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และทุก ๆ 25 วินาที จะมีคนเกิดเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีคนเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุก ๆ 36 วินาที⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยอัตราการเกิดและอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554-2559 อัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.47 เป็นร้อยละ 29.13⁽²⁾ โดยร้อยละ 63 จะเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล⁽³⁾ สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2559-2561 มีผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 46, 48 และ 49 รายตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 8, 6 และ 9 รายตามลำดับ⁽⁴⁾

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง มีประวัติการสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักผลไม้ โรคอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) และมีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ⁽⁵⁾ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันมีประวัติเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 44 ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 3-6 เท่า⁽⁶⁾

เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ พยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ปริมาณเลือดที่บีบตัวออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนไปใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ท้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความหวาดกลัว โกรธ และหมดหวัง และมักเปลี่ยนเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในระยะ 6 เดือนแรกหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายถึงร้อยละ 69⁽⁷⁾

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมอาการของโรค การรักษาโดยการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ซึ่งเป็นการสอดใส่อุปกรณ์ อาจจะเป็นหัวครอบบอลูน หรือขดลวด ผ่านทางผิวหนัง เข้าไปถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างขึ้น ถ้ารักษาด้วย 2 วิธีนี้ไม่ได้ผล แพทย์จะใช้วิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด^๐ แม้ว่าจะมีการพัฒนาการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมากก็ตาม การรักษาดังกล่าวยังเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ ไม่ได้แก้ไขกระบวนการที่ก่อให้เกิดโรคหรือทำให้รอยโรคในหลอดเลือดหัวใจ

ก้าวหน้าขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Risk factors modification) จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ดังนั้นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา โดยการควบคุมการรับประทานอาหารทั้งชนิดและปริมาณ ออกกำลังกายสม่ำเสมอตามความเหมาะสม และรับประทานยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องทุกวัน

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและต่อเนื่องนั้นขึ้นกับหลายปัจจัย ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่ง จากการศึกษาพบว่า หลังจากการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพและอาการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽⁹⁾ การรับรู้จึงมีผลในการตัดสินใจต่อการจัดการการเจ็บป่วย โดยการรับรู้การเจ็บป่วยมีพื้นฐานจากประสบการณ์เดิมก่อนการเจ็บป่วย และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นปัจจุบัน และนำมาคิดวิเคราะห์ ตีความหมายจนเกิดเป็นการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองการรับรู้การเจ็บป่วยประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย หรืออาการแสดงของการเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และวิธีการจัดการการเจ็บป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะจัดการตนเองอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้การเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การรับรู้จึงมีความสำคัญ หากผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสมจะมีการจัดการการเจ็บป่วยที่ดี กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) กรอบแนวคิดนี้มุ่งไปที่การสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลเมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย บุคคลจะตอบสนอง หรือจัดการการเจ็บป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามการรับรู้ที่ได้รับ (coping response)⁽¹⁰⁾

จากสถิติผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ถึงแม้จะมีกิจกรรมการให้ความรู้ และคำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพก็ตาม กลับพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในระยะแรกของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดบริการดังกล่าวให้กับผู้ป่วยอาจเป็นกิจกรรม ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จึงจำเป็นต้องศึกษาหาแนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เหมาะสมต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .557, p < .01$)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มียอดประกอบของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล.หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับ Cholesterol (Cholesterol >240 มก./ดล. หรือระดับ HDL- C เพศชาย ≤ 40 มก./ดล. หรือเพศหญิง ≤ 50 มก./ดล. หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยารักษา) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย > 30 หรือขนาดของเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วขึ้นไปในเพศชายและตั้งแต่ 80 ซม. หรือ 32 นิ้วขึ้นไปในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือ ต่ำกว่า ถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่) และผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ

2. อายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3. ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และมีความสามารถในการสื่อสาร

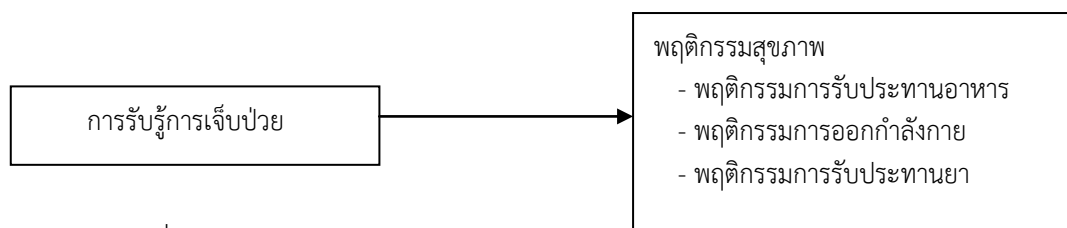
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) ประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20 เนื่องจากการวิจัยทางโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20-.30 เมื่อเปิดตารางได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 197 คน⁽¹¹⁾

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)⁽¹⁰⁾ มาใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับ การศึกษาอาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัว เป็นโรคหัวใจ ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹² ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของการเจ็บป่วย การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | |
|-----------------|---|
| 3.67-5.00 คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี |
| 2.34-3.66 คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี |

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค¹² ข้อคำถามครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหารการปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคขึ้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------------|---|
| 3.67-5.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับดี |
| 2.34-3.66 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับไม่ดี |

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม

การออกกำลังกายของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม⁽¹²⁾ ข้อคำถามครอบคลุมความบ่อย (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาการออกกำลังกาย รวมถึงกิจกรรม และระยะเวลาของการอบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลายร่างกาย ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคขึ้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------------|--|
| 3.01-4.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับดี |
| 2.01-3.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี |

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การรับประทานยา ของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม⁽¹²⁾ ข้อคำถามครอบคลุม การรับประทานยาตามแผนการรักษา ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานยาโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคขึ้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| 3.01-4.00 | หมายถึงมีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับดี |
| 2.01-3.00 | หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.00 | หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับไม่ดี |

เนื่องจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทั้ง 3 ด้านมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกัน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มาตราประมาณค่ามี 5 ระดับ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การออกกำลังกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา มาตราประมาณค่ามี 4 ระดับ จึงไม่สามารถนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 มารวมกันเพื่อใช้แทนค่าพฤติกรรมสุขภาพได้ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับคะแนนเป็นหน่วยคะแนนเดียวกัน โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละด้านจะถูกให้น้ำหนักด้านละ 1 หน่วยคะแนน เมื่อนำไปรวมกันได้ 3 หน่วยคะแนน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับคะแนนและเทียบเป็นคะแนนเต็มใหม่เท่ากับ 5 แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์⁽¹³⁾ โดยมีค่าเฉลี่ยดังนี้

- | | | |
|-----------|---------|------------------------------------|
| 3.67-5.00 | หมายถึง | มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี |
| 2.34-3.66 | หมายถึง | มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 | หมายถึง | มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90, 0.87, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเข้าพบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยขั้นดำเนินการ

1. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงอธิบายวิธีการตอบการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

3. ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบการสัมภาษณ์ และเริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายคนในช่วงระหว่างรอแพทย์ตรวจโดยใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 197 ราย

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มาให้คะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วนำมาให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (n=197)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	40.6
	หญิง	117	59.4
อายุ (M = 49.25, SD = 6.97, Min = 30, Max= 60)			
	30-40 ปี	46	23.4
	41-50 ปี	71	36.0
	51-60 ปี	80	40.6
สถานภาพสมรส			
	คู่	112	56.9
	โสด	56	28.4
	หม้าย/หย่าหรือแยกกันอยู่	29	14.7
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.5
	ประถมศึกษา	48	24.3
	มัธยมศึกษา	67	34.0
	อนุปริญญา	10	5.1
	ปริญญาตรี	61	31.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.1
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	9.1
	ประกอบอาชีพ	179	90.9
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	74	41.3
	เกษตรกรรม	21	11.9
	รับจ้าง	55	30.7
	ค้าขาย	23	12.8
	อื่น ๆ (รับราชการบำนาญ/ประกอบธุรกิจส่วนตัว)	6	3.4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (n=197) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (M = 16,586, SD = 11,425.6, Min = 1,000, Max= 65,000)		
1,000-10,000 บาท	54	27.4
10,001-20,000 บาท	67	34.0
20,001-30,000 บาท	29	14.7
30,001-40,000 บาท	23	11.7
40,001-50,000 บาท	7	3.6
50,001-60,000 บาท	11	5.6
มากกว่า 60,000 บาท	6	3.0
โรคประจำตัว (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)		
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	89	45.2
ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง	72	36.5
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	23	11.7
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	13	6.6
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	139	70.6
เลิกสูบแล้ว	53	26.9
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	5	2.5
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
มี	59	29.9
ไม่มี	138	70.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 36.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.9) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 34.0) รองลงมา คือปริญญาตรี (ร้อยละ 31.0) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 41.3) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30.7) มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 34) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 45.2) รองลงมา คือโรคเบาหวานร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 36.5) ไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.6) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 70.1) ไม่มีประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 93.4)

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้นำเสนอตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามโดยรวม และรายด้าน (n=197)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การรับรู้การเจ็บป่วย (โดยรวม)	3.74	0.32	ดี
รายด้าน			
การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค	3.45	0.42	ดี
การรับรู้สาเหตุของโรค	3.73	0.41	ดี
การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค	3.94	0.39	ดี
การรับรู้ผลกระทบ	3.67	0.42	ดี
การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค	3.93	0.46	ดี
ตารางที่ 2 (ต่อ)			
ตัวแปร	M	SD	ระดับ
พฤติกรรมสุขภาพ (โดยรวม)	3.88	0.27	ดี
รายด้าน			
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	3.88	0.35	ดี
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.82	0.29	ดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.92	0.31	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี (M=3.74, SD= 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค (M=3.94, SD=0.39) รองลงมา คือ การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค (M=3.93, SD=0.46) การรับรู้สาเหตุของโรค (M=3.73, SD=0.41) การรับรู้ผลกระทบ (M=3.67, SD= 0.42) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค (M=3.45, SD= 0.42)

มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (M=3.88, SD=0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรม การออกกำลังกาย (M=3.92, SD=0.31) รองลงมา คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค (M= 3.88, SD=0.35) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา (M=3.82, SD= 0.29)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=197)

ตัวแปร	การรับรู้การเจ็บป่วย	พฤติกรรมสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพ	.557**	-

** p< .01

จากตารางที่ 3 ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.557$, $p<.01$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.01$

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 การรับรู้การเจ็บป่วย ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.74$, $SD=0.32$) เมื่อพิจารณาการรับรู้การเจ็บป่วยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ รับรู้ระยะเวลาเป็นโรค ($M=3.94$, $SD=0.39$) รองลงมา คือการรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค ($M=3.93$, $SD=0.46$) การรับรู้สาเหตุของโรค ($M=3.73$, $SD=0.41$) การรับรู้ผลกระทบ ($M=.67$, $SD=0.42$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค ($M=3.45$, $SD=0.42$) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแต่มีโรคประจำตัวหลายโรคที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งโรคต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นล้วนเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานและต้องมีการติดตามผลการรักษาจากแพทย์เป็นประจำทุก 3 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้การเจ็บป่วย จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คำแนะนำการปฏิบัติตัว จากทีมบุคลากรทางสุขภาพ ในขณะที่มารับการตรวจรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอาจได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากสื่อต่าง ๆ ที่

สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก จากนั้นจะนำข้อมูลดังกล่าวมาคิดวิเคราะห์หรือแปลความ พร้อมให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อยู่ในระดับดี⁽¹³⁾

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.88$, $SD=0.27$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M=3.92$, $SD=0.31$) รองลงมา คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($M=3.88$, $SD=0.35$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($M=3.82$, $SD=0.29$) ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) ซึ่งเป็นเพศที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว จึงต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ดี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.9) สมาชิกในครอบครัวจะช่วยปรุงอาหาร เลือกซื้ออาหาร หรือจัดหาอาหารที่เหมาะสม กระตุ้นให้ออกกำลังกาย และดูแลการรับประทานยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสม อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 41.3) จึงมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองได้ดี ด้วยการหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งยังทำความเข้าใจข้อมูลดังกล่าวได้ดี นอกจากนี้การรณรงค์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ โดยเน้นหลัก 3 อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตื่นตัวในการดูแลตนเองจนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับดี⁽¹²⁾

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.557$, $p<.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย หมายถึง ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการตีความ หรือแปลความที่เกิดจากการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะหรืออาการ สาเหตุ ระยะเวลาการเกิด การควบคุมและรักษา และผลกระทบที่ตามมาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้การเจ็บป่วย จึงนำไปสู่การปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามการรับรู้การเจ็บป่วย⁽¹⁰⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแต่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองโดยตรงจากการเจ็บป่วย และการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่นจาก แพทย์ พยาบาล หรือ ทีมบุคลากรทางสุขภาพ และจากผู้ป่วย

คนอื่น เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 41.3) จึงมีความรู้มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีโอกาสดูแลตัวเองจากแหล่งต่าง ๆ หรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับคนอื่น ๆ ทำให้สามารถเข้าใจโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความซับซ้อนกว่าโรคทั่วไปได้ง่าย ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเน้นให้มีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นการรับรู้การเจ็บป่วยและหาทริคเกอร์ให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

พยาบาลและนักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยส่งเสริมปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistic-2012 update. Texas: American Heart Association. 2012.
2. เกรียงไกร เสงี่ยมและกนกพร แจ่มสมบุรณ์. มาตรฐานการรักษามะเร็งหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์. 2555.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554 – 2559. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ). 2559.

4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี. สถิติผู้ป่วยใน 2559 – 2561.
5. Srimahachota, S., Kanjanavanit, R., & Boonyaratabej, S. Demographic, management practice and inhospital outcomes of Thai acute coronary syndrom registry (TACSR): The difference from the western world. In C. Prajaomao (Ed.), Thai acute coronary syndrome registry. Bangkok: Health. pp. 10-14. 2006.
6. LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care. California: Addison-Wesley. Lesneski, 2008.
7. Meijer, A., Conridi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., Melle, J. P., & Jonge, P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. General Hospital Psychiatry: 33, 203-216. 2011.
8. เบญจมาศ แสงแสง. การดูแลผู้ป่วยที่ตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ (PTCA). ในเพลินตา ศิริปการ, สุจิตรา ลิมอำนาจลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนาวิทยา. หน้า 187-211. 2551.
9. เชิญขวัญ อินทร์แก้ว, พิกุล บุญช่วง, ประทุม สร้อยวงศ์. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและอาการเจ็บอกในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. พยาบาลสาร. 42.2558.
10. Leventhal, H. The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. Social Distress and the Homeless, 5(1), 11-38. 1996.
11. Polit, D. F., & Hunger, B. P. Nursing research: Principles and methods (7th ed.) Philadelphia:Lippincott. 2004.
12. ผาสุก มั่นคง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.
12. ประคอง วรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
13. สิริลักษณ์ วินิจฉัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2554.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผาสุก มั่นคง

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 197 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .385, p < .01$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ให้พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสร้างเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย

คำสำคัญ การรับรู้การเจ็บป่วย โรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract: RELATIONSHIPS BETWEEN ILLNESS REPRESENTATION AND HEALTH BEHAVIORS OF PERSONS WITH STROKE

Mrs. Phasuk Mankhong

The purpose of this research was to study relationships between illness representation and health behaviors of persons with stroke who visited the Hypertention and Heart Disease Clinics, Out Patient Department of Singburi Hospital. A sample of 197 stroke persons was recruited by simple random sampling. The instruments consisted of demographic data, illness representation and health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment correlation coefficients.

The results showed that illness representation was significantly related to health behaviors ($r = .385, p < .01$)

From research findings, nurses and health care providers should promote health behavior of stroke persons based on illness representation.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke หรือ Cerebrovascular disease) เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย ที่พบมากที่สุดในจำนวนผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง และผลจากโรคทำให้เกิดความพิการ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความพิการ⁽¹⁾ โดยประชากรประมาณ 4.8 ล้านคน ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง² และอีกประมาณ 185,000 คน ต้องประสบกับการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 1 ปี⁽²⁾ สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มว่าจะมีปริมาณเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ อันดับ 3 รองจากโรคมะเร็ง/เนื้องอก และอุบัติเหตุ ตามลำดับ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 15,648 คน คิดเป็นร้อยละ 24.66 ต่อจำนวนประชากร 100,000 คน⁽³⁾ โรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญของการตายและความพิการ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดอื่น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าเสียค่าใช้จ่ายสูงถึง 65.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี⁽⁴⁾ ส่วนในประเทศไทยพบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตกรุงเทพมหานคร เฉลี่ยเท่ากับ 7,8924.84 บาท ต่อรายต่อปี⁽⁵⁾ จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และครอบครัวแล้วยังส่งผลต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจระดับประเทศเป็นอย่างมาก

สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มคนไทยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง พบกลุ่มผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยง 3 – 17 เท่าตัว โรคเบาหวานเสี่ยง 2 – 4 เท่าตัว และ โรคหัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่ม 2-6⁽⁶⁾ ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาและควบคุมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติหรือไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดไม่เกิน 110 มิลลิกรัม ระดับเอชดีแอล-โคเลสเตอรอลในเพศชายให้สูงกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในเพศหญิงให้สูงกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ไม่เกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และควบคุมรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตรในเพศชาย สำหรับเพศหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร อย่างไรก็ตาม โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ร้อยละ 80 การป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด⁽⁷⁾ จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ของประชาชนต่อโรคหลอดเลือดสมอง คือสิ่งสำคัญที่สุดที่สามารถลดความพิการและภาวะโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁸⁾

การรับรู้การเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญ หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมีการจัดการการเจ็บป่วยที่ดี กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)⁽⁹⁾ โดยกรอบแนวคิดนี้มุ่งไปที่การสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย บุคคลจะตอบสนองหรือจัดการการเจ็บป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามการรับรู้ (coping response) การรับรู้การเจ็บป่วยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (identity) สาเหตุของการเจ็บป่วย (causes) ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย

(time-line) ผลกระทบจากการเจ็บป่วย (consequences) และการรักษา/การควบคุมโรค (cure/controllability)

แม้ว่าในภาพรวมโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่าความชุกของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยส่วนใหญ่พบในเขตชุมชนเมืองและศูนย์กลางธุรกิจ จากสถิติผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี พบว่าจำนวนผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .385$, $p < .01$ ตามลำดับ)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มียอดประกอบของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล.หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับ Cholesterol (Cholesterol >240 มก./ดล. หรือระดับ HDL- C เพศชาย ≤ 40 มก./ดล. หรือเพศหญิง ≤ 50 มก./ดล. หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยารักษา) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย > 30 หรือขนาดของเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วขึ้นไปในเพศชาย และตั้งแต่ 80 ซม.หรือ 32 นิ้วขึ้นไปในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่) และผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ

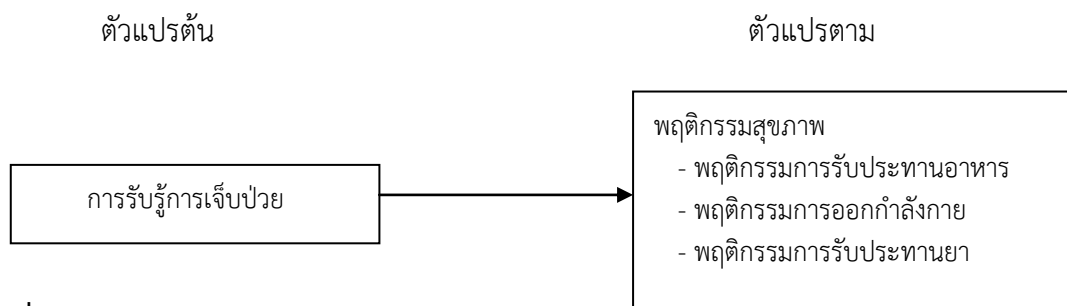
2. อายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3. ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และมีความสามารถในการสื่อสาร

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20 เนื่องจากการวิจัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะมีขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20-.30 เมื่อเปิดตารางได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 197 คน¹⁰

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)⁹ มาใช้ในการศึกษา



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ประวัติการได้รับยาลดไขมัน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน⁽¹¹⁾ ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของการเจ็บป่วย การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- 3.67-5.00 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี
- 2.34-3.66 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
- 1.00-2.33 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค⁽¹¹⁾ ข้อคำถามครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหารการปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับดี
- 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง
- 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับไม่ดี

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม⁽¹¹⁾ ข้อคำถามครอบคลุมความบ่อย (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาการออกกำลังกาย รวมถึงกิจกรรม และระยะเวลาของการอบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลายร่างกาย ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับดี
- 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง
- 1.00-2.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม⁽¹²⁾ ข้อคำถามครอบคลุมการรับประทานยาตามแผนการรักษา ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการรับประทานยาโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- 3.01-4.00 หมายถึงมีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับดี
 2.01-3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับปานกลาง
 1.00-2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมรับประทานยาในระดับไม่ดี

เนื่องจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทั้ง 3 ด้านมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกัน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มาตรฐานค่ามี 5 ระดับ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย มาตรฐานค่ามี 4 ระดับ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา มาตรฐานค่ามี 4 ระดับ จึงไม่สามารถนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 มารวมกันเพื่อใช้แทนค่าพฤติกรรมสุขภาพ ได้ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับคะแนนเป็นหน่วยคะแนนเดียวกัน โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละด้านจะถูกให้น้ำหนัก ด้านละ 1 หน่วยคะแนน เมื่อนำไปรวมกันได้ 3 หน่วยคะแนน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับคะแนนและเทียบเป็นคะแนนเต็มใหม่เท่ากับ 5 แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์ใหม่⁽¹²⁾ โดยมีค่าเฉลี่ยดังนี้

- 3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี
 2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90, 0.87, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเข้าพบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นดำเนินการ

1. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงอธิบายวิธีการตอบการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

3. ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบการสัมภาษณ์ และเริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายคนในช่วงระหว่างรอแพทย์ตรวจโดยใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 197 ราย

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มาให้คะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วนำมาให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ($n=197$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	68	34.5
	หญิง	129	65.5
อายุ ($M = 49.25$, $SD = 6.97$, $Min = 30$, $Max = 60$)			
	30-40 ปี	38	19.3
	41-50 ปี	75	38.1
	51-60 ปี	84	42.6
สถานภาพสมรส			
	คู่	120	60.9
	โสด	51	25.9
	หม้าย/หย่าหรือแยกกันอยู่	26	13.2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ($n=197$) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.5
ประถมศึกษา	42	21.3
มัธยมศึกษา	63	32.0
อนุปริญญา	15	7.6
ปริญญาตรี	66	33.5
สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.1
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	11.7
ประกอบอาชีพ	174	88.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	77	39.1
เกษตรกรรม	25	12.7
รับจ้าง	68	34.5
ค้าขาย	18	9.1
อื่น ๆ (รับราชการบำนาญ/ประกอบธุรกิจส่วนตัว)	9	4.6
รายได้ของครอบครัว ($M = 16,586$, $SD = 11,425.6$, $Min = 1,000$, $Max = 65,000$)		
1,000-10,000 บาท	56	28.4
10,001-20,000 บาท	71	36.0
20,001-30,000 บาท	25	12.7
30,001-40,000 บาท	33	16.8
40,001-50,000 บาท	2	1.0
50,001-60,000 บาท	8	4.1
มากกว่า 60,000 บาท	2	1.0
โรคประจำตัว (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)		
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	0	0
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	128	36.5
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	13	6.6
ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไขมันในเลือดสูง	43	6.6
ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจ เบาหวาน	13	6.6

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ($n=197$) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	118	59.9
เลิกสูบแล้ว	75	38.1
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	4	2.0
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ		
มี	77	39.1
ไม่มี	120	60.9
ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด		
มี	43	11.7
ไม่มี	154	88.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.5) มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 42.6) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.9) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.5) รองลงมา คือ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 32.0) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 39.1) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 34.5) มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 36.0) มีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 36.6) ไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 59.9) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 60.9) ไม่มีประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 88.3)

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำเสนอตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามโดยรวม และรายด้าน ($n=197$)

ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
การรับรู้การเจ็บป่วย (โดยรวม)	3.87	0.36	ดี
รายด้าน			
การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค	3.81	0.26	ดี
การรับรู้สาเหตุของโรค	3.81	0.33	ดี
การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค	3.87	0.41	ดี
การรับรู้ผลกระทบ	3.90	0.38	ดี
การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค	3.97	0.43	ดี
พฤติกรรมสุขภาพ (โดยรวม)	3.79	0.54	ดี
รายด้าน			
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	3.95	0.80	ดี
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.68	0.40	ดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.75	0.43	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.87$, $SD=0.36$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค ($M=3.97$, $SD=0.43$) รองลงมา คือ การรับรู้ผลกระทบ ($M=3.90$, $SD=0.38$) การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค ($M=3.87$, $SD=0.41$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค และ การรับรู้สาเหตุ ($M=3.81$, $SD=0.26$ และ $M=3.81$, $SD=0.33$) ตามลำดับ

มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.79$, $SD=0.54$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($M=3.95$, $SD=0.80$) รองลงมา คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M=3.75$, $SD=0.43$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($M=3.68$, $SD=0.40$)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($n=197$)

ตัวแปร	การรับรู้การเจ็บป่วย	พฤติกรรมสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพ	.385**	-

** $p < .01$

จากตารางที่ 3 ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .385$, $p < .01$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1.1 การรับรู้การเจ็บป่วย ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.87$, $SD=0.36$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค ($M=3.97$, $SD=0.43$) รองลงมา คือ การรับรู้ผลกระทบ ($M=3.90$, $SD=0.38$) การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค ($M=3.87$, $SD=0.41$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค และการรับรู้สาเหตุ ($M=3.81$, $SD=0.26$ และ $M=3.81$, $SD=0.33$) ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยอธิบายได้ตามแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)⁽⁹⁾ ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้การเจ็บป่วย บุคคลจะจัดระบบ วิเคราะห์ และให้ความหมายของความเจ็บป่วยนั้นตามความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว และบุคคลนั้นก็ต้องเป็นผู้แก้ปัญหาด้วยตัวเอง โดยแต่ละบุคคลจะคิดหาวิธีการที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในแนวทางที่สอดคล้องกับการรับรู้ของตนเอง ในผู้ป่วยผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความรู้เกี่ยวกับโรค หรือรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกคน แต่มีโรคประจำตัวเรื้อรังหลายโรค ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานและต้องมีการติดตามผลการรักษาจากแพทย์เป็นประจำทุก 3 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้การเจ็บป่วย จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คำแนะนำการปฏิบัติตัว จากทีมบุคลากรทางสุขภาพในขณะที่มีการตรวจรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอาจได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากสื่อต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก จากนั้นจะนำข้อมูลดังกล่าวมาคิดวิเคราะห์หรือแปลความ พร้อมให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ

การศึกษาสูง จึงมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อยู่ในระดับดี⁽¹¹⁾

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.79$, $SD=0.54$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($M=3.95$, $SD=0.80$) รองลงมา คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M=3.75$, $SD=0.43$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($M=3.68$, $SD=0.40$) ทั้งนี้เนื่องจาก การประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ตามสื่อสามารถทำได้หลายรูปแบบ นอกจากนี้การรณรงค์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเน้นหลัก 3 อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ง่ายขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตื่นตัวในการดูแลตนเอง จนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี¹¹

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.385$, $p<.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการตีความ หรือแปลความที่เกิดจากการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะหรืออาการ สาเหตุ ระยะเวลาการเกิด การควบคุมและรักษา และผลกระทบที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเจ็บป่วย จึงนำไปสู่การปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามการรับรู้การเจ็บป่วย⁽¹⁰⁾ ซึ่งการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแต่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองโดยตรงจากการเจ็บป่วย และการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น จาก แพทย์ พยาบาล หรือ ทีมบุคลากรทางสุขภาพ และจากผู้ป่วยคนอื่น รวมทั้งสื่อที่จัดทำมีความหลากหลาย เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่อวิทยุโทรทัศน์ เสียงตามสายในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็วและกว้างขวาง เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ มีทักษะ ในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีโอกาสที่จะค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ หรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับคนอื่น ๆ ทำให้สามารถเข้าใจโรคหลอดเลือดสมองที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ่อนลงพองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)⁽¹¹⁾ และการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเน้นให้มีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมุ่งเน้นการรับรู้การเจ็บป่วย และหากลวิธีให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

พยาบาลและนักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยส่งเสริมปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Moser, D. K., Kimble, L. P., Alberts, M. J., Alonzo, A., Croft, J. B., Dracup, K. & et al. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke. *Circulation*. 2006; 11: 168-182.
2. Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., & et al., Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011; 18: 426.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548- 2552. สืบค้นวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2553, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf>.
4. Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2008 Update: A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, 2008; 117: 25-146.
5. ดวงทิพย์ บินไทยสงค์, อรสา พันธภักดี, พิศสมัย อรทัย, และดิษยา รัตนกร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะเวลาถึงโรงพยาบาลหลังจากเกิดอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2013; 20: 15-29.

6. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. *วันโรคหลอดเลือดสมองโลก (Stroke Awareness Day)*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา. 2550.
7. National Stroke Association. *What is stroke?*. Retrieved January 10, 2009, from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=stroke>.
8. Hickey, A., Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F. & et al. Stroke awareness in the general population: knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *Biomedcentral geriatric*, 2009; 9: 35.
9. Leventhal, H. The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.
10. Polit, D. F., & Hungler, B. P. *Nursing research: Principle and Method* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott, P.P. 416-417. 1999. and *Lung*, 26, 253-252. 1997.
11. ผาสุก มั่นคง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.
12. ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
13. ผาสุก มั่นคง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. 2562.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด เนื่องจากรกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์ร่วมกับมดลูกหดตัวไม่ดี : กรณีศึกษา

ณัฐนันท์ ประภาศิลป์

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 25 ปี ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 36+ 6 สัปดาห์ การวินิจฉัยเบื้องต้น รกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์ และได้รับการผ่าตัดคลอดครรภ์ก่อน มีประวัติเลือดออกมา 2 ครั้ง สูติแพทย์นัดผ่าตัด cesarean section เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 700 cc. ทารกเพศชาย APGAR 9,10 น้ำหนัก 2910 กรัม หลังผ่าตัด cesarean section ผู้ป่วยเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีภาวะ DIC ร่วมด้วย ปัญหาทางการพยาบาลที่พบคือ เสี่ยงต่อการตกเลือดก่อนคลอด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี เกิดภาวะ shock & DIC ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยาแล้วไม่ดีขึ้น แพทย์จึงรักษาด้วยการตัดมดลูก หลังผ่าตัดย้ายเข้า ICU ปัญหาทางการพยาบาลหลังการผ่าตัดมดลูก คือ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การย้ายเข้า ICU, โรคและอาการ, แผนการรักษา อาจเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่สุขสบายจากมีอาการท้องอืดเนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลง หลังได้รับการผ่าตัด ผู้ศึกษาได้ให้การพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญ ทักษะ และกระบวนการทางการพยาบาลจนผู้ป่วยปลอดภัยทั้งมารดาและทารก สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 5 วัน นัดตรวจหลังคลอดอีก 5 สัปดาห์ จากการติดตาม มารดาและทารกแข็งแรง สมบูรณ์ดี มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด, รกเกาะต่ำแบบสมบูรณ์, ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด, , มดลูกหดตัวไม่ดี

Abstract: Nursing care of postpartum hemorrhage and Disseminated Intravascular Coagulation after cesarean section, due to Placenta previa totalis with uterine atony: Case study.

Pregnant women 25 years of age, G2P1, GA 36+6 weeks of the initial diagnosis; placenta previa totalis and previous cesarean section. A history of bleeding 2 times, Obstetrician was appointment for cesarean section and blood loss during surgery, 700 cc., Male infant, weighing 2910 grams, APGAR 9,10 . Post-operative cesarean section postpartum hemorrhage in patients with DIC. Nursing problems found are risk of Antepartum Hemorrhage, at risk of complications from spinal anesthesia, Post-partum hemorrhage due to placenta previa totalis and uterine atony, shock & DIC, and patients treated medication did not improve. The obstetrician then treated with hysterectomy

(TAH) and after surgery to move into the ICU. The nursing problem after hysterectomy are the risk of hypoxia due to anemia after hemorrhage, complications of blood transfusion and blood composition, the patient is not comfortable with surgical wounds, patients and relatives are concerned about moving into the ICU and disease symptoms and treatment planning, risk of urinary tract infection and uncomfortable abdominal distension is due to the reduced bowel function after surgery. The study has provided the hospital with the knowledge, expertise and skills in the nursing process and the safe delivery of both mother and baby and discharged, including 5 days in hospital, postpartum examination, and 5 weeks of follow-up. Healthy babies, good mothers, breastfeeding.

Keyword: PPH, Placenta previa totalis, DIC, Uterine atony

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร จากกระบวนการคลอดปกติและมากกว่าหรือเท่ากับ 1,000 มิลลิลิตร จากการผ่าตัดคลอด รวมถึงการวินิจฉัยจากความเข้มข้น ของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอดและจากอาการแสดงถึงการช็อกจากการเสียเลือด (WHO, 2012; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2012)¹ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัส และต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมน สำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทุพพลภาพ และ เสียชีวิตได้²

การตกเลือดหลังคลอด เป็นสาเหตุสำคัญของการตายของมารดาในสูติกรรมซึ่งสามารถป้องกันได้³ จากสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2559- 2561 มีผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 1.76, 0.92 และ 1.15 ตามลำดับ อัตราการตัดมดลูกเนื่องจากตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 0.13, 0.10 และ 0.08 ตามลำดับ พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการป้องกันการตกเลือดในระยะหลังคลอด ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด และ 2) ทักษะการพยาบาล เมื่อเกิดตกเลือดหลังคลอด^{4,5} เพื่อให้การพยาบาล มารดาหลังคลอดอย่างเหมาะสมไม่ให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดรวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในระยะต่างๆ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษากระบวนการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ให้เกิดความปลอดภัยสูงสุด สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามเดิมให้มากที่สุด

กรณีศึกษา

ประวัติผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป: หญิงไทยคู่ อายุ 25 ปี น้ำหนัก 80 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 6 มิถุนายน 2562

ทำผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 7 มิถุนายน 2562 และตัดมดลูกในวันเดียวกัน

วันที่ออกจากโรงพยาบาล 11 มิถุนายน 2562 รวมเวลา 5 วัน

อาการสำคัญ : มีเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอยมา 1 วัน แพทย์นัดผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 2 placenta previa totalis อายุครรภ์ 36+ 6 สัปดาห์ มีประวัติเลือดออกมา 2 ครั้ง แพทย์วางแผนการรักษาผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว เคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อ 2 ปี ไม่พบปัญหาหลังผ่าตัด

การตรวจร่างกายแรกรับ

ความดันโลหิต = 113/63 mmHg. ชีพจร 86 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 80 กิโลกรัม สูง 160 เซนติเมตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Hb= 11.0 gm%, Hct = 33.5%, Plt = 344×10^3 /ul, Pt = 11.0 sec, PTT = 26.9 sec, INR = 1.0

การวินิจฉัย : Placenta previa totalis

แผนการรักษา : ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การพยาบาลกรณีศึกษา

ปัญหาที่1 เสี่ยงต่อการตกเลือดก่อนคลอด

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกมีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอดมา 1 วัน

O: - ผล ultrasound อ่านว่า placenta previa totalis

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการตกเลือดก่อนคลอด

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนด

การพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบและเข้าใจถึงภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น แนวทางการรักษาพยาบาลที่จะได้รับและความจำเป็นจะต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

2. จัดให้นอนพักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก เพราะการหดตัวของมดลูกทำให้มีเลือดออกทางช่องคลอดมากขึ้น มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็น และนอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือดดำเวนาคาวา (inferior vena cava)

3. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินเลือดที่ออกทางช่องคลอด โดยคาดคะเนจากเลือดที่ชุ่มผ้าอนามัย หรือการชั่งน้ำหนัก 1 กรัม เท่ากับปริมาณเลือด 1 ซีซี. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและเปลี่ยนผ้าอนามัยอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง หรือเมื่อสกปรก ถ้าพบเลือดออกมากผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา

4. ดูแลให้ Dexamethasone 6 mg. IM ตามการรักษาของแพทย์

5. ให้น้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืน ดูแลให้ได้สารน้ำและอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

6. งดการตรวจภายในทางช่องคลอดและทางทวารหนัก

7. เจาะเลือดส่งตรวจหาระดับความเข้มข้นของเลือดทั้ง ฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต การนับเม็ดเลือดทุกชนิด การนับเกล็ดเลือด กลุ่มเลือด และอื่น ๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเตรียมเลือดไว้ใช้ในการผ่าตัด 2 unit และเปิดเส้นให้ IV ด้วย IV cath No.18

8. ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart sound [FHS]) ทุก 1 ชั่วโมง ระวังไม่ต้องกดและคลำหน้าท้องมาก เพราะอาจกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว ทำให้รกฉีกขาดมากขึ้น ถ้าพบเสียงหัวใจทารกในครรภ์ผิดปกติรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาป้องกันการเกิดภาวะเครียด (fetal distress) ซึ่งทารกในครรภ์อาจขาดออกซิเจนได้

9. ดูแลให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลาย และได้รับการตอบสนองตามความต้องการ เช่น ช่วยทำความสะอาดของร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดกิจกรรมบางอย่างที่รบกวนเพื่อให้เกิดความสบายและสามารถพักผ่อนได้ รวมถึงการให้สามี ญาติ หรือครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแล

10. รับฟังสิ่งที่ผู้คลอดพูดคุยด้วยท่าทีที่สนใจเป็นกันเอง ปลอบโยน ให้เกิดกำลังใจ และความมั่นใจ ตอบข้อซักถามด้วยข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัว

11. Retain Foley catheter เข้าวันผ่าตัด ตามการรักษา

การประเมินผล

ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนคลอด ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนด

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกขาทั้งสองข้างยังชาอยู่ ยกขาไม่ขึ้น

O: - ได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง และได้รับ morphine 0.2 mg. เมื่อเวลา 9.45 น. ทางช่องไขสันหลัง ซึ่งจะมีระยะเวลาการออกฤทธิ์ 24 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

เกณฑ์การประเมิน

อัตราการหายใจมากกว่า 10 ครั้ง/นาที

การพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ปวยนอนราบ หนุนหมอนได้ พลิกตะแคงตัวได้ จนถึงเวลา 16.00 น
2. Record อัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง จนถึง 10.00 น วันรุ่งขึ้น
3. ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดให้ tramol 50 mg. IV prn q 6 hr.
4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการคันมากให้ CPM 10 mg. IV prn q 4 hr.
5. ถ้าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ plasil 10 mg.+ NSS เป็น 10 ml. IV ซ้ำๆ prn q 6 hr.
6. ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาที รายงานวิสัญญีที่ 2506 และให้ออกซิเจน mask 6 lit/min และให้ narcan 0.4mg + water 10 ml. IV ครั้งละ 2-3 ml. ทุก 2-3 นาทีจนกว่าอัตราการหายใจจะมากกว่า 10 ครั้ง/นาที
7. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นภายหลังให้การพยาบาลป้องกันการตกเตียง

การประเมินผล

ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงจนถึง 16.00 น. อัตราการหายใจระหว่าง 16-20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 3 เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกว่ามีเลือดออกทางช่องคลอดเปื้อนผ้าถุงจำนวนมาก
 - บ่นอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม มือและเท้าเย็น เหงื่อออก
 O: - ขณะคลึงมดลูก กดไล่ลิ้นเลือดพบก้อนเลือดขนาดโต จำนวน 4 ก้อน ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากช่องคลอดประมาณ 500 cc. รวมเสียเลือดทั้งหมด 1000 cc.
 - Hb=9.2 gm% Hct=28.0%, สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/60 mmHg. ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที, ตรวจร่างกายพบเยื่อบุตาเหลือง และริมฝีปาก ซีด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้มดลูกหดตัวดี

เกณฑ์การประเมิน

1. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 cc/hr.
2. มดลูกหดตัว กลม แข็ง
3. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 100/60 – 120/80 mmHg ชีพจร 60-90 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที. ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น

การพยาบาล

1. คลึงมดลูกจนหดตัว กลม แข็ง และกดไล่ก้อนเลือดที่ค้างอยู่ในมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุให้มดลูกหดตัวไม่ดี เมื่อมดลูกหดตัวดีขึ้น ให้สังเกตการหดตัวของมดลูกต่อไปอีกทุก 15 นาที
2. สังเกตลักษณะ จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอด เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือด
3. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง โดยใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูก และบันทึกปริมาณปัสสาวะไว้ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อดูการทำงานของไต ถ้าเกิดภาวะช็อค ปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 cc/hr.
4. ดูแลให้ได้รับยา Transamine 2 amp.IV q 4 hr, ยาหดตัวมดลูก Methergin, Syntocinon และสารน้ำตามการรักษาของแพทย์
5. เจาะ Hct.ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะซีด
6. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit ตามแผนการรักษา ช่วยเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดง
7. สังเกตอาการท้องอืดเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการมีเลือดออกภายในไม่หยุด
8. สังเกต ระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติเช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลง ในระบบการไหลเวียนเลือด
8. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนอาการปกติ และบันทึกต่อทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และให้การช่วยเหลือได้ทันที

9. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษา ระวังระดับโพแทสเซียมไม่ให้ผิดปกติ และสังเกตอาการแทรกซ้อนระหว่างการได้รับเลือด

10. อธิบายแนวทางการรักษา ความจำเป็นที่ต้องตัดมดลูก แก่ผู้ป่วยและญาติ

11. Set OR for hysterectomy due to uterine atony และ จอง ICU post op

12. ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด พร้อม monitor โดยมีพยาบาลนำส่งด้วย และประสานงานกับทีมวิสัญญีเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ และอาการปัจจุบัน

การประเมินผล

ความดันโลหิตระหว่างผ่าตัด อยู่ระหว่าง 90/60 mmHg. – 130/90 mmHg. ชีพจร 60-130 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด TAH ภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1100 ml. ได้รับ FFP = 410 ml., PRC = 620 ml., Colloid = 100 ml., Crystalloid = 1200 ml. ปัสสาวะออก = 100 ml. หลังผ่าตัดได้รับการดูแลในห้องพักฟื้น และย้ายเข้า ICU ตามแผนการรักษา

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน เนื่องจากมีภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน S: - เวียนศีรษะ มือ เท้า เย็น

O: - เสียเลือดก่อนผ่าตัด TAH 1500 ml. ระหว่าง TAH 1100 ml ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb= 6.0 gm%, Hct= 17.3%, Plt. = 69×10^3 /ul, PT = 14.5 sec, PTT = 31.5 sec, INR = 1.4
- สัญญาณชีพแรกเข้าที่ ICU ความดันโลหิต = 96/69 mmHg., ชีพจร = 90 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่ายสับสน หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น
2. ไม่มีอาการ cyanosis บริเวณริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า
3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต = 100/60 – 120/80 mmHg ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น หรือค่าใกล้เคียงปกติ

การพยาบาล

1. On oxygen cannula 2 lit/min และ Keep warm ให้ผู้ป่วย
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพื่อลดการใช้ออกซิเจน และจัดให้อยู่ใน Fowler's position เพื่อให้ปอดสามารถขยายตัวได้เต็มที่ แลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา และสังเกตผลข้างเคียงขณะให้เลือด เช่น มีผื่นลมพิษ หายใจลำบาก มีไข้ หนาวสั่น
4. ดูแลให้ได้รับยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ตามแผนการรักษา คือ Omeprazole 40 mg. IV q 12 hr.

5. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น ไม่มีอาการ cyanosis บริเวณริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า
6. ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ทุก 4 ชั่วโมง หรือประเมินตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า Hct, Hb

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น
2. ไม่มีอาการ cyanosis บริเวณริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า
3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต = 90/60 – 120/80 mmHg. ชีจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น Hb= 8.1 gm%, Hct= 23%, Plt. = 76×10^3 /ul, PT = 13.7 sec, PTT = 30.5 sec, INR = 1.27

ปัญหาที่ 6 เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบ่นคันบริเวณราวม

O: - พบผื่นนูนขึ้นบริเวณราวมหลังให้ FFP unit ที่ 4

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากการได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือด

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/80 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจปกติ 18 – 20 ครั้ง/นาที
2. ผื่นยุบลง

การพยาบาล

1. Record vital signs ทุก 15 นาทีขณะให้เลือด
2. รายงานแพทย์ ให้ CPM 1 amp IV ตามการรักษาของแพทย์
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของการแพ้เลือด เช่น ผื่นนูนแดง คันตามตัว หายใจไม่สะดวก เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
4. เมื่อมีอาการดังกล่าว หยุดให้เลือดและเจาะเลือดผู้ป่วย 10 ml. พร้อมถุงเลือดที่เหลือ ส่งธนาคารเลือด
5. ถ้ามี C-line วัด CVP อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ถ้าสูงกว่า 15 หรือต่ำกว่า 8 cmH₂O รายงานแพทย์ทราบ
6. สังเกตอาการ และอาการแสดง ว่าเป็นมากขึ้นหรือไม่ เพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/80 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจปกติ 18 – 20 ครั้ง/นาที
2. ผื่นยุบลง

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

- ข้อมูลสนับสนุน** S: - ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด บอก Pain score 6
- O: - มีสีหน้าเจ็บปวด คิ้วขมวด นอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมิน

Pain score 1-3 สัญญาณชีพ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/80 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที นอนหลับได้

การพยาบาล

1. ดูแลจัดทำที่สุขสบาย โดยให้นอน Fowler's position
2. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เบามือ
3. พุดคุยเบี่ยงเบนความสนใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย
4. ประเมิน และบันทึก Pain Score หลังผ่าตัดทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว
5. ให้ยาแก้ปวด Pethidine 50 mg.IV ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา
6. จัดสิ่งแวดล้อม ให้สะอาด และเงียบสงบ

การประเมินผล

ความปวดลดลง Pain Score = 3 คะแนน สีหน้าแจ่มใส แผลผ่าตัดไม่บวม ไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 100/60 mmHg. – 120/90 mmHg. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจปกติ 18 – 20 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ การย้ายเข้า ICU, โรคและอาการ, แผนการรักษา

- ข้อมูลสนับสนุน** S: - ผู้ป่วยและญาติสอบถามสาเหตุที่เข้า ICU
- O: - ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น

การพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ถึงเหตุผลที่ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU
2. แนะนำกฎ ระเบียบ เวลาเยี่ยม สถานที่
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์
4. ประสานกับแพทย์ผู้ให้การรักษาได้ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ

5. ปลอดภัยและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหาและตอบข้อสงสัย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าดีขึ้น เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์

ปัญหาที่ 9 อาจเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน S: - บ่นแสบท่อปัสสาวะเวลาขับตัว / เดิน

O: - ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะและมีเลือดออกทางช่องคลอดตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณมากกว่า 30 cc/hr.

การพยาบาล

1. Perineum care ให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ
2. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ cefazolin ตามการรักษาของแพทย์
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ และให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอ
4. สังเกตลักษณะสีกลิ่นและจำนวนของปัสสาวะ ถ้าพบว่ามีผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
5. สังเกตอาการ อาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น หรือเป็นหนอง

การประเมินผล

ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ปริมาณมากกว่า 30 cc/hr.

ปัญหาที่ 10 ไม่สุขสบายจากมีอาการท้องอืดเนื่องจากการทำงานของลำไส้ลดลงหลังได้รับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน S: - ผู้ป่วยบอกรู้สึกท้องอืด แน่นท้อง หายใจไม่สะดวก

O: - ท้องแข็งตึง bowel sound ลดลง

วัตถุประสงค์

อาการท้องอืดทุเลาลง ลำไส้ทำงานได้เป็นปกติ

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ท้องไม่อืด

การพยาบาล :

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้การทำงานของลำไส้ดีขึ้น
2. ให้ยาขับลม air-X ตามแผนการรักษา
3. ประเมินอาการท้องอืดจากการฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ การเรอ การผายลม และการ

ขับถ่ายที่ผิดปกติ

4. แนะนำการรับประทานอาหารโดยเริ่มจิบน้ำ อาหารเหลว อาหารอ่อน งดนมและอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ และค่อยๆเพิ่มจำนวนขึ้น เมื่อลำไส้ทำงานดีขึ้น

การประเมินผล : ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น ท้องไม่อืด

วิจารณ์

การตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุหลักของการตายและการเจ็บป่วยของมารดา สาเหตุที่พบบ่อยคือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี ส่วนใหญ่ของมดลูกหดรัดตัวไม่ดีสามารถรักษาได้ด้วยยา แต่อาจมีความจำเป็นต้องตัดมดลูกฉุกเฉิน การเตรียมพร้อมที่ดีจะช่วยลดการเจ็บป่วยและการตายของมารดา การประเมินการเสียเลือด, Hematocrit และ Coagulation mechanism มีความสำคัญ เพื่อที่จะให้การพยาบาลและให้เลือดอย่างเหมาะสม เพียงพอและทันที่ ในการป้องกันตกเลือดหลังคลอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารกอย่างยิ่ง พยาบาลที่ดูแลมารดาในหน่วยงานสูติ-นรีเวชกรรม จึงเป็นบุคคลสำคัญในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนั้นจึงต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด นอกจากนี้ในการดูแลฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด ที่สำคัญควรให้มารดาหลังคลอดและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังคลอดมากขึ้นโดยการสอนให้มารดาหลังคลอดและญาติ รู้จักอาการแสดงที่ผิดปกติที่แสดงถึงการตกเลือดในระยะหลัง (Late postpartum hemorrhage) ทำให้มารดาเกิดความรู้สึกรับผิดชอบในตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพหลังคลอดของตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเองอยู่ตลอดเวลา โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ นำแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือนวัตกรรมทางการพยาบาลมาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการดูแลมารดาหลังคลอด พยาบาลควรนำความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลหรือสร้างแนวปฏิบัติในการพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เพื่อให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดอย่างมีคุณภาพและเป็นมาตรฐานที่ดีต่อไป รวมทั้งเตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง เพื่อไม่ให้เกิดตกเลือดหลังคลอดเมื่อกลับไปอยู่บ้านหรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ทำให้มารดามีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงหรือมีอันตรายแก่ชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Carroll, M., Daly, D. and Begley, C.M.. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016.16(1): 261.
2. Briley, A., Seed, P.T., Tydeman, G., Ballard, H., Waterstone, M., Sandall, J., et al. Reporting errors, incidence and risk factors for postpartum hemorrhage (PPH) and progression to severe PPH: a prospective observational study. *An international Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014. 121(7): 876–888.

3. Michelet, D. , Ricbourg, A. , Rossignol, M. ,Schurando, P. and Barranger, E. .Emergency hysterectomy for lifethreatening postpartum hemorrhage: Risk factors and psychological impact. *Gynecologic Obstetric and Fertilities*. 2015. 43(12): 773-779.
4. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2557. 37(2): 155-162.
5. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์ สุชาตา วิภวกันต์ และอารี กิ่งเล็ก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการ ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใน ห้องคลอดโรงพยาบาลกระบี่. วารสารเครือ ข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข ภาคใต้. 2559. 3(3):127-141.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

อโนชา กลิ่นสุคนธ์
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคก่อนในต่อมไทรอยด์ที่สำคัญที่สุด คือ มะเร็งของต่อมไทรอยด์ ซึ่งผลข้างเคียงที่พบตามมาได้แก่ ภาวะไทรอยด์เป็นพิษจากการที่ต่อมไทรอยด์สร้างฮอร์โมนมากขึ้น หรือก้อนโตมากจนกดอวัยวะข้างเคียง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งการตัดต่อมไทรอยด์ออกอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การเกิด Airway obstruction, Hypovolemic shock จากการเสียเลือด, ภาวะ Thyroid crisis, ภาวะ Hypocalcemia, laryngeal nerve paralysis หรือการติดเชื้อแผลผ่าตัด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยวัย 52 ปี มารับการผ่าตัด CA thyroid ตามนัด ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ ET tube on ventilator หลัง off ET tube ได้ ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวซ้ำ แพทย์ set OR explore wound อีกครั้ง พบว่ามี Blood clot ใต้แผลจำนวนมาก จึงใส่ ET tube on ventilator ไว้ หลังจาก wean off ventilator ได้ ไม่สามารถ off ET tube ได้ เนื่องจาก cuff leak test -ve แพทย์จึง set OR FOL และ off ET tube ได้สำเร็จ ในระหว่างอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 9 วัน

คำสำคัญ มะเร็งต่อมไทรอยด์ การพยาบาล การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

Abstract :

CA Thyroid is cancer that develops from the tissues of the thyroid gland. It is a disease in which cells grow abnormally and have the potential to spread to other parts of the body. Symptoms can include swelling or a lump in the neck. Treatment options may include radiation therapy including radioactive iodine, chemotherapy, thyroid hormone, targeted therapy, and surgery : thyroidectomy. After surgery postoperative complications are respiratory problem, blood loss, thyroid crisis, hypocalcemia, wound infection and laryngeal nerve paralysis.

A case study of 52 year-old Thai female patient known case of CA thyroid admit to Singburi Hospital for surgery. Total thyroidectomy was done and both of thyroid glands were sent for pathology. At ENT ward she had been monitoring for postoperative complications; respiratory problem, blood loss, hypocalcemia, thyroid crisis, wound infection and laryngeal nerve paralysis. Six hours later, she had acute respiratory failure; ET tube intubation was done and she had sent to ICU. After 18 hours with ventilator, ET

tube was removed but 3 hours later she had sent to re-operative for removing 300 ml. of blood clot under wound. After two days with ventilator and three days with t-piece she had sent back to OR for FOL and ET tube was removed. After 24 hours for respiratory monitoring she had sent back to ENT ward; her symptoms improved respectively without any other complications. The total duration of hospitalization was 9 days. The follow up was made 1 week later in order to repeat postoperative thyroid function test and the next 2 weeks for the tissue pathological result.

Keyword: CA thyroid, Nursing care, Acute respiratory failure

บทนำ

ต่อมไทรอยด์ (Thyroid gland) เป็นต่อมไร้ท่อที่อยู่ด้านหน้าของลำคอ โดยอยู่ด้านข้างและใต้ thyroid cartilage และอยู่ติดกับกล้ามเนื้อ sternohyoid กล้ามเนื้อ sternothyroid และ กล้ามเนื้อ omohyoid ต่อมนี้นี้มี 2 พู แผ่ออกทางด้านข้างและคลุมพื้นที่บริเวณด้านหน้าและด้านข้างของ trachea รวมทั้งส่วนของ cricoid cartilage และส่วนล่างของ thyroid cartilage ทั้งสองพูนี้จะเชื่อมกันที่ isthmus ซึ่งอยู่ที่บริเวณด้านหน้าต่อกระดูกอ่อนของหลอดลม trachea cartilage ชั้นที่สองหรือสาม¹ ต่อมไทรอยด์จะผลิตฮอร์โมน Triiodothyronine:T3 และ Thyroxine:T4 ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ กระตุ้นความอยากอาหาร การย่อยอาหาร การสลายและดูดซึมสารอาหาร ซึ่งไทรอยด์ฮอร์โมนยังจำเป็นสำหรับการเติบโตของกระดูกและพัฒนาการของทารกในครรภ์²

โรคมะเร็งของต่อมไทรอยด์ ที่พบได้บ่อยคือ papillary thyroid carcinoma โดยพบได้มากถึง 85% ของมะเร็งต่อมไทรอยด์ทั้งหมด พบในช่วงอายุ 30-60 ปี และพบมากในเพศหญิง วินิจฉัยจากการส่งชิ้นเนื้อจากต่อมไทรอยด์ตรวจทางพยาธิวิทยา โดยมะเร็งชนิดนี้สามารถเกิดจากการสัมผัสกับรังสีในวัยเด็กหรือวัยรุ่น ซึ่งรวมไปถึงการสัมผัสกับรังสีที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งอื่น³ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์จะมีอัตราการตายต่ำมาก (น้อยกว่า 5%) แต่ความเสี่ยงโดยรวมจะขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย, ชนิดของมะเร็งต่อมไทรอยด์ และขอบเขตการแพร่กระจาย^{4,5} ในระยะแรกมักจะไม่มีอาการ แต่จะรู้สีกว่าก้อนที่คอโตขึ้น กลืนลำบากหรือเจ็บคอ จนทำให้ต้องมาพบแพทย์ การรักษาหลายวิธี เช่น การใช้รังสีรักษา การให้เคมีบำบัด และการผ่าตัดต่อมไทรอยด์⁶ ซึ่งการผ่าตัดต่อมไทรอยด์จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น ปัญหาด้านการหายใจ การเสียเลือดจากการผ่าตัด การเกิดภาวะ Thyroid crisis การเกิดภาวะ hypocalcemia การติดเชื้อของแผลผ่าตัด หรือผู้ป่วยอาจมีเสียงแหบจาก laryngeal nerve paralysis ได้⁷

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงวัย 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ แม่บ้าน

อาการสำคัญ มารับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออกตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 ปีก่อน มีก้อนที่คอ แต่ไม่ได้มาพบแพทย์ 6 เดือนก่อนก้อนที่คอโตขึ้น จึงมาพบแพทย์ ได้ยารับประทานและนัดมาผ่าตัด เพื่อส่งชิ้นเนื้อวินิจฉัย 2 เดือนก่อนมารับการผ่าตัด Rt. Lobectomy ผลการตรวจชิ้นเนื้อ พบว่า เป็นมะเร็งไทรอยด์ ชนิด papillary thyroid carcinoma จึงนัดมาผ่าตัด

โรคประจำตัว Hypertension/DM type II เป็นมานาน ประมาณ 5 ปี รับประทานยาเป็นประจำ ไม่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ ได้แก่ 1) Metformin (500 mg) 2 tabs bidpc 2) Glipizide (5 mg) 1 tab OD 3) Amlodipine (5 mg) 1 tab OD 4) Lorzatan (100 mg) 1 tab OD

วันที่ Admit 10 ตุลาคม 2561 ที่หอผู้ป่วยหู คอ จมูก Diagnosis CA thyroid
วันที่ผ่าตัด ครั้งที่ 1 11 ตุลาคม 2561 การผ่าตัด Total thyroidectomy
ครั้งที่ 2 12 ตุลาคม 2561 การผ่าตัด Explore wound remove blood clot
ครั้งที่ 3 16 ตุลาคม 2561 การผ่าตัด Fibroptic Laryngoscopy with off ET tube
วันที่จำหน่าย 18 ตุลาคม 2561

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (10 – 11 ตุลาคม 2561)

อาการโดยสรุปของผู้ป่วย

รู้สึกตัวดี มีความพร้อมในการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ V/S BP 130/76 mmHg P 68/min RR 20 /min แต่สียังกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดว่าจะมีอันตรายหรือไม่และจะต้องพักฟื้นนานเท่าไร

เป้าหมายของการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1 วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

สียคลายความวิตกกังวล เข้าใจเหตุผลความจำเป็นของการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความจำเป็นในการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ และให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยใช้คำพูดที่นุ่มนวล รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เต็มใจ
4. อธิบายการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด

5. อธิบายสภาพหลังผ่าตัดว่าจะมีแผลที่คอ และแพทย์จะปิดแผลแบบพันแน่นเพื่อป้องกันการเสียเลือดและมีท่อระบายออกจากแผลผ่าตัดประมาณ 1- 2 เส้น เพื่อระบายเลือดและการอุดตันทางเดินหายใจ ซึ่งต้องระวังไม่ให้เลื่อนหลุด

6. แนะนำให้ผู้ป่วยได้คุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกัน ที่ได้รับการผ่าตัดและสภาพร่างกายดีขึ้นแล้ว

7. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคการรักษาพยาบาลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย

ประเมินผล

สีหน้าคลายความวิตกกังวล เข้าใจเหตุผลความจำเป็นของการผ่าตัดและพร้อมที่จะรับการผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เนื่องจากมีโรคประจำตัว Hypertension/DM type II

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เนื่องจากโรคประจำตัว

เกณฑ์การประเมินผล

สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ systolic BP ไม่เกิน 160 mmHg และ Diastolic BP ไม่เกิน 95 mmHg และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ DTX 70-180 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลไม่ให้วิตกกังวลมากเกินไปเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด
2. ให้อาตามแผนการรักษา 8.00 น. เข้าวันผ่าตัด ได้แก่ Amlodipine (5 mg) 1 tab และ Lorzatan (100 mg) 1 tab วัด BP ก่อนเคลื่อนย้ายไปห้องผ่าตัด ถ้า systolic BP มากกว่า 160 mmHg และ Diastolic BP มากกว่า 95 mmHg รายงานแพทย์ทราบ
3. เจาะ DTX ตามแผนการรักษา 8.00 น. เข้าวันผ่าตัด ถ้ามากกว่า 200 mg% ให้ 5% D/N/2 + RI 5 units V drip 80 cc./Hr. ถ้าน้อยกว่า 200 mg% ให้ 5% D/N/2 V drip 80 cc./Hr.
4. สอบถามและสังเกตอาการและการแสดงของภาวะ Hypoglycemia ถ้าพบอาการของภาวะ Hypoglycemia เจาะ DTX รายงานแพทย์ทราบ

ประเมินผล

ระหว่างการเตรียมตัวก่อนรับการผ่าตัด ผู้ป่วยมี systolic BP อยู่ในช่วง 130-140 mmHg Diastolic BP อยู่ในช่วง 70-85 mmHg DTX เข้าวันก่อนผ่าตัด DTX 113 mg%

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด (วันที่ 11 – 16 ตุลาคม 2561)

อาการโดยสรุปของผู้ป่วย

11 ตุลาคม ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด Total thyroidectomy โดยได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia จำนวน Blood loss ในการผ่าตัด 200 ml. ระหว่างการผ่าตัดมีปัญหาเรื่อง Bladder full ได้รับการสวนปัสสาวะออก 300 ml. ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS จำนวน 500 ml. หลังผ่าตัด Off ET tube ได้ ก่อนออกจาก OR V/S BP 120/78 mmHg P 68/min RR 20 /min O₂Sat. 100% เวลา 11.30 น. ส่งกลับหอผู้ป่วยหู คอ จมูก

เป้าหมายการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ได้รับการควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจ เนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อ/ การเกิดเลือดออกใต้แผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการของ Respiratory distress คืออาการหายใจลำบาก หรือบ่นแน่นอึดอัด หึ่งออก กระสับกระส่าย Pulse เร็ว BP เพิ่มขึ้น O₂Sat. ลดลง เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน V/S โดยเฉพาะลักษณะการหายใจ เช่น อาการหายใจลำบาก เสียงการหายใจ อัตราการหายใจ
2. จัดท่านอนให้ผู้ปวยนอนในท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (Flower's Position)
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นเพียงพอและ Monitor O₂Sat. ตลอดเวลา
4. กระตุ้นให้ผู้ปวยได้มีการหายใจลึกๆ (Deep Breathing) ตะแคงหน้าและให้มีการไอที่มีประสิทธิภาพ (Effective cough) และประเมินความจำเป็นในการช่วยดูดเสมหะเมื่อผู้ปวยไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้ โดยทำด้วยความนุ่มนวลและไม่ทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น
5. ประเมินลักษณะของแผล / คอ สิ่งคัดหลั่ง ลักษณะของสิ่งคัดหลั่ง เช่นเป็น Serum หรือเป็นเลือดสด บริเวณคอบวมขึ้นหรือไม่ เป็นต้น
6. ดูแลให้ Radivac drain ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สังเกตสี ลักษณะของ Content ที่ออก
7. สอบถามอาการผู้ปวยเป็นระยะว่า รู้สึก อึดอัด แน่น หายใจไม่สะดวกหรือไม่

ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่หลังผ่าตัด 6 ชม. พบว่า ผู้ปวยมีอาการกระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก RR 26-32/ min BP 160/95 mmHg O₂ sat.< 90% แพทย์ใส่ ET No. 8 mark 20 ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ได้รับการควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

Pain score ไม่เกิน 3 คะแนน และ Sedation score ไม่เกิน 2 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด อาการและอาการแสดงที่บอกความเจ็บปวด เช่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็ว กระสับกระส่าย หน้าเขียว อาเจียนขึ้นที่คอ สายหน้าไปมา และสอบถามคะแนนความปวด ของผู้ป่วยโดยใช้ Pain scale

2. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนที่สุขสบาย เช่น ศีรษะสูง รองบริเวณผ่าตัดด้วยผ้าและกระดุนให้มีการพลิกตะแคงตัว
3. ดูแลสายและท่อระบายต่าง ๆ อย่าให้ตึงรั้ง และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด MO 3 mg. ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาและประเมิน Pain scale หลังได้รับยา และเฝ้าระวังการได้รับ MO เกินขนาด โดยใช้ Sedation score
5. ดูแลความสบายทั่วไป เช่น ความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ผ้าปูเตียง เป็นต้น

ประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับ MO ตามคำสั่งแพทย์ และสามารถควบคุม Pain score ให้อยู่ในระดับ 3-4 ได้ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Thyrotoxicosis และภาวะแคลเซียมต่ำ จากการได้รับการผ่าตัด completion thyroidectomy

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะ Thyrotoxicosis และภาวะแคลเซียมต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการ Pulse เร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป และไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้า มือจับเกร็ง เป็นตะคริว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ Thyrotoxicosis คือ Pulse เร็ว เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป
2. ลดปัจจัยส่งเสริมที่จะทำให้เกิด ภาวะ Thyrotoxicosis คือ การมีไข้สูง โดยเช็ดตัวหรือใช้อุปกรณ์ผ้าห่ม hypothermia blanket เพื่อลดอุณหภูมิร่างกาย หรือดูแลให้ยาลดไข้ ให้สวมเสื้อผ้าที่ใส่สบาย บางเบา ติดตามภาวะขาดน้ำ จากการมีอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้น และเหงื่อออกมาก ติดตามภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย รวมทั้งการควบคุมความปวดให้ pain score อยู่ในระดับ 2-3 คะแนน เพื่อให้ผู้ป่วยพักได้
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ แคลเซียมต่ำ คือชาปลายมือปลายเท้า มือจับเกร็ง เป็นตะคริวซึ่งอาจเกิดจากผลกระทบต่อดื่มน้ำพาราไทรอยด์

ประเมินผล

ไม่เกิดภาวะ Thyrotoxicosis และภาวะแคลเซียมต่ำ

โดยสรุปอาการในระยะหลังผ่าตัด ใน 6 ชั่วโมงแรกที่หอผู้ป่วย หู คอ จมูก ผู้ป่วยไม่มีอาการ Respiratory distress / Thyrotoxicosis และภาวะแคลเซียมต่ำ กลับพักได้ Pain scale อยู่ในช่วง 2-3 คะแนน แต่หลังจากนั้น เวลา 19.20 น. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก แพทย์ใส่ ET No. 8 mark 20 ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก

การพยาบาลระยะวิกฤตใน ICU (11 – 13 ตุลาคม 2561)

อาการโดยสรุป 12 ตุลาคม เวลา 19.45 น. แกรับที่หอผู้ป่วยหนัก รู้สึกตัว V/S BP 110/76 mmHg P 89/min RR 20 /min O₂Sat. 99% On ventilator ไว้ แผลผ่าตัด ไม่มี Active bleed ในขวด Radivac drain มี content เป็นเลือดสดออก ประมาณ 100 ml.

12 ตุลาคม เวลา 13.30 น. Off ET tube ได้ ไม่เหนื่อย เวลา 17.40 น. กระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก พบว่าบริเวณใต้คางบวมมี Blood clot ในแผล แพทย์ set OR for remove blood clot emergency พบ blood ประมาณ 300 ml. หลังออกจาก OR ผู้ป่วย on ET tube No. 8 mark 20 on ventilator แผลผ่าตัด ไม่มี Active bleed ขวด Radivac drain มี content เป็นเลือดสดออก ประมาณ 20 ml.

12 –13 ตุลาคม Wean off ventilator ได้ แพทย์ Plan off ET tube แต่ยัง off ไม่ได้ เนื่องจาก Cuff leak test-ve จึง on T-piece ไว้

14 –15 ตุลาคม Plan off ET tube อีกครั้ง แต่ Cuff leak test ยังคง-ve แพทย์ให้ Dexamethasone V push แต่ยังไม่สามารถ off ET tube ได้

16 ตุลาคม แพทย์ set OR for off ET tube หลังออกจาก OR หายใจได้เอง On canular O₂Sat. 97-100% ยังคงให้ Dexamethasone V push ต่อเนื่องอีก 24 ชั่วโมง

17 ตุลาคม ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยหุ คอ จมูก

เป้าหมายการพยาบาล ในระยะนี้คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดย การใช้เครื่องช่วยหายใจ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจและการถอดท่อช่วยหายใจให้เร็วที่สุด และเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแล้ว เป้าหมายคือ ดูแลให้ได้รับการควบคุมความปวดอย่างเหมาะสม และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นอกจากนั้นคือ การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากการย้ายเข้า ICU และผ่าตัดโดยไม่ได้อำนาจ

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากแบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงไป

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

หายใจสัมพันธ์กับ Ventilator setting ไม่มีอาการของ Respiratory distress เช่น การหายใจลำบาก หรือบ่นแน่นอึดอัด เหนื่อยออก กระสับกระส่าย Pulse เร็ว BP เพิ่มขึ้น O₂Sat. ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. Check setting ventilator/ ET tube mark อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งว่าเป็นไปตามที่แพทย์สั่งหรือไม่
2. ดูแลการทำงานของ Ventilator ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
3. Maintain airway ให้โล่งตลอดเวลา Suction เมื่อมีข้อบ่งชี้ ประเมิน สี ลักษณะ และจำนวนของเสมหะ

4. ประเมินสภาพผู้ป่วย ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจว่าสัมพันธ์กับเครื่องหรือไม่ V/S สีผิว O2 sat. และสอบถามอาการจากผู้ป่วยว่ามีอาการเหนื่อย แน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวกหรือไม่
5. Weaning protocol เมื่อผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ประเมินในการ wean
6. Extubation protocol ตามแพทย์การรักษา
7. ให้การดูแลภายหลังการ off ET tube โดยการจัดทำ O2 mask with bag Maintain airway ให้โล่งและ Monitor O2 sat., V/S ตลอดเวลา
8. แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการสื่อสารกับพยาบาลในขณะที่มี ET tube

ประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับ Ventilator setting ไม่มีอาการของ Respiratory distress และสามารถ Off ET tube ได้ หลังใส่เครื่องช่วยหายใจได้ 18 ชั่วโมง

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการใส่ ET tube ซ้ำหลังได้รับการ Off ET tube เนื่องจากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดการใส่ ET tube ซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินเกณฑ์การ Off ET tube ตามมาตรฐานร่วมกับแพทย์
2. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเพื่อให้ความร่วมมือและเตรียมอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจนคือ Mask with reservoir bag และรถ Emergency ให้พร้อม กรณีต้องใส่ Tube ใหม่
3. จัดทำอนศิรัชะสูง Monitor V/S, O₂Sat. ตลอดเวลา ก่อนและหลัง Off ET tube ตลอดเวลา
4. สังเกต อาการและอาการแสดงของ Respiratory distress หลัง Off ET tube เช่น การหายใจลำบาก เหนื่อยออก กระสับกระส่าย Pulse เร็ว BP เพิ่มขึ้น O₂Sat. ลดลง เป็นต้น
5. สอบถามผู้ป่วยเป็นระยะว่ามีอาการ หายใจลำบากหรือแน่น อึดอัดหรือไม่

ประเมินผล หลัง Off ET tube ได้ 3 ชม. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก พบว่าบริเวณใต้คางบวม มี Blood clot แพทย์ set OR for remove blood clot emergency

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจซ้ำจากการมีเลือดออกใต้แผล เนื่องจากการผ่าตัดซ้ำพบ Blood clot จำนวน 300 ml.

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ไม่เกิดการอุดตันทางเดินหายใจซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

แผลที่คอกไม่บวมขึ้น ไม่มีอาการของ Respiratory distress เช่น การหายใจลำบาก หรือบ่นแน่นอึดอัด เหนื่อยออก กระสับกระส่าย Pulse เร็ว BP เพิ่มขึ้น O₂Sat. ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของแผล / คอ สิ่งคัดหลั่ง ลักษณะของสิ่งคัดหลั่ง เช่นเป็น Serum หรือเป็นเลือดสด คอบวมขึ้น หรือไม่ เป็นต้น
2. ดูแลให้ Radivac drain ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สังเกตสี ลักษณะของ Content ที่ออก
3. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเพื่อสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติและ สอบถามอาการผู้ป่วยเป็นระยะว่า รู้สึก อึดอัด แน่น หายใจไม่สะดวกหรือไม่
4. เฝ้าระวังภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือดโดย เฝ้าระวัง V/S ติดตามผล Hct. สังเกตอาการของการมีเลือดคั่งใต้แผล คือแผลบวมขึ้น มีเลือดซึม Radivac drain มีเลือดออกมากหรือไม่มีออก

ประเมินผล

ไม่มีอาการของ Respiratory distress หลังการผ่าตัดซ้ำ

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 4 มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

DTX อยู่ในช่วง 70-180 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ IV fluid ตามแผนการรักษา คือ 0.9 % NSS V drip 80 mL/Hr.
2. เจาะ DTX ตามแผนการรักษา pre meal และให้ RI ตามผล DTX ที่ได้ คือ DTX > 200 mg%. ให้ RI 4 u SC., DTX > 250 mg%. ให้ RI 6 u SC., DTX > 300 mg%. ให้ RI 8 u SC. อย่างต่อเนื่องและติดตามภาวะ Hypoglycemia ภายหลังการได้รับ RI
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อนตามแพทย์สั่ง ถ้ารับประทานไม่ได้ต้องแจ้งแพทย์ทราบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia
4. สอนและแนะนำผู้ป่วยให้ทราบอาการของน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เช่นอาการเหงื่อออกใจสั่นเพื่อให้สังเกตอาการของตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบได้

การประเมินผล

ในระยะหลังผ่าตัด สามารถควบคุมระดับ DTX ให้อยู่ในช่วง 70-180 mg% ได้ มีเพียงวันที่ 14 ตุลาคม เวลา 24.00 น. ผล DTX 263 mg% และได้ RI 6 u SC.

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากการย้ายเข้า ICU และการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจแนวทางการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย/ญาติและแพทย์ในการให้ข้อมูลแนวทางการรักษาพยาบาลเหตุผลในการย้ายเข้า ICU การใช้ Ventilator และการผ่าตัดซ้ำ รวมถึงแนวทางในการรักษาในระยะต่อไป

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวลหรือข้อสงสัย และรับฟังด้วยความตั้งใจ อธิบายแผนการรักษาพยาบาลในแต่ละวันให้เข้าใจและให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและไม่ละเลยต่อความเครียดหรือความวิตกกังวลของผู้ป่วย

3. การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงประสานงานให้แพทย์ได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติทุกครั้ง

4. การพยาบาลแต่ละครั้ง อธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและอธิบายอาการปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ

5. เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยมนอกเวลาได้ตามความเหมาะสมและแนะนำญาติถึงช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติที่สืบทอดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและเข้าใจสาเหตุของการผ่าตัดซ้ำ

อาการโดยสรุปก่อนย้ายออกจาก ICU

ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้บางส่วน แผลที่คอแห้งติดดี หลัง off radivac drain ไม่มีเลือดซึม สีหน้าสดชื่น อาการเสียงแหบดีขึ้นตามลำดับ V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ BP 130/76 mmHg, P 68/min, RR 20 /min

การพยาบาลในระยะก่อนกลับบ้าน (วันที่ 17 – 18 ตุลาคม 2561)

อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แผลที่คอแห้งติดดี สีหน้าสดชื่น V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ

วินิจฉัยการพยาบาล ข้อที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติบอกวิธีการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้านพร้อมทั้งให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

2. ประเมินความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนี้

3.1 สาธิตวิธีการออกกำลังกายบริเวณ คอ ไหล่

3.2 แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

3.3 แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ภาวะติดเชื้อของแผล แผลบวม มีไข้ มีหนองซึม ปวดแผลมากและอาการของภาวะแคลเซียมต่ำ ได้แก่ ชาปลายมือปลายเท้า มือจีบเกร็ง เป็นตะคริวให้รีบกลับมาพบแพทย์

3.4 แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง มีโปรตีน วิตามินดี แคลเซียมสูง เช่น นม ผักใบเขียวปลาเล็กปลาน้อย เพื่อเพิ่มปริมาณแคลเซียมในร่างกายให้เพียงพอ

3.5 แนะนำให้มาตรวจตามนัดเพื่อเจาะเลือดติดตามการทำงานของต่อมไทรอยด์และฟังผลชิ้นเนื้อ

3.6 แนะนำให้รับประทานยา HT/DM อย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถทำท่ากายบริหารให้ดูได้อย่างถูกต้องและบอกอาการที่ต้องมาพบแพทย์ได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้ทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งของต่อมไทรอยด์และพร้อมที่จะรับการผ่าตัด ตามวันเวลาที่แพทย์นัดเป็น Elective case เนื่องจากมีโรคประจำตัว คือ DM/HT ผู้ป่วยได้รับการเตรียมผ่าตัดอย่างเหมาะสม ควบคุมระดับความดันและระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ มีเลือดออกใต้แผลผ่าตัดเป็น blood clot ประมาณ 300 ml. ทำให้เกิด Acute respiratory distress ต้องใส่ ET tube และย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก เพื่อ on ventilator ซึ่งเป็น Complication ที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการผ่าตัด แต่จากการ closed monitoring ทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วย รายงานแพทย์เพื่อส่งเข้า ห้องผ่าตัด remove blood clot ออกได้ทัน ถึงแม้ผู้ป่วยจะต้องใช้ Ventilator ก็สามารถ Wean off ได้เร็ว ไม่เกิด Complication จากการใช้เครื่อง เช่น VAP และ Atelectasis เป็นต้น ทีมพยาบาลเน้นเรื่อง Patient safety เป็นประเด็นสำคัญ เมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่ ET tube ข้าง ในการ off ET tube ครั้งต่อไป จึงต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมและเฝ้าระวังเป็นพิเศษ แต่เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้กล่องเสียงบวมมาก ผล Cuff leak test -ve ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการผ่าตัดบริเวณคอถึง 2 ครั้ง การใส่ ET tube ข้างถึง 2 ครั้ง แพทย์จึงหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการใส่ E-T tube ข้าง โดยทำการ off ET tube ในห้องผ่าตัด ทำการ observe การหายใจใน recovery room และส่งมา observe ต่อ ที่หอผู้ป่วยหนัก อีก 24 ชั่วโมงจึงย้ายกลับหอผู้ป่วยหู คอ จมูก

เห็นได้ว่าการผ่าตัดบริเวณคอ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ พยาบาลที่หอผู้ป่วยจึงต้องให้ความสำคัญกับการประเมินการหายใจของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ร่วมกับ observe bleeding จากแผล ดูแลให้ Radivac drain ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้มีเลือดตกค้าง ส่วนการ off ET tube ในผู้ป่วยผ่าตัดบริเวณคอหรือผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดข้าง มีความเสี่ยงต่อการใส่ ET tube ข้างเช่นกัน ผู้ป่วยรายนี้หายใจเองได้โดยไม่ต้องใช้ ventilator ถึง 3 วัน แต่ off ET tube ไม่ได้ เนื่องจาก Cuff leak test -ve แสดงว่ามีการบวมของบริเวณ Vocal cord หรือ Epiglottis ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับ Dexamethazone ก็ตาม หลังจากการ off ET tube ได้ ผู้ป่วยมีเสียงแหบซึ่งอาจเกิดจากการใส่ E-T tube นาน ซึ่งพยาบาลต้องสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องเพราะอาจเกิดจาก vocal cord paralysis ได้ เนื่องจากมีการทำลายของ Recurrent laryngeal nerve แต่ผู้ป่วยรายนี้ก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก พบว่าอาการเสียงแหบดีขึ้นโดยลำดับ

ผู้ป่วยรายนี้ พบว่ามี Unplanned ICU และมีการผ่าตัดซ้ำ ซึ่งไม่ควรพบใน Elective case แต่อย่างไรก็ตาม การ Closed monitoring ของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤตไปได้อย่างปลอดภัย นอกจากนั้นการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม การตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติ การดูแลด้านจิตใจ ก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาลควรจัดทำ Nursing guideline ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ โดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี Dx. CA Thyroid แพทย์นัดมาผ่าตัด Thyroidectomy Under GA รับไว้ที่หอผู้ป่วยหู คอ จมูก แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าไม่สุขสบาย ก่อนผ่าตัด V/S BP 124/75 mmHg, PR 96/Min, RR 20/Min, T 36.2 C ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ โรคประจำตัวคือ DM/HT สามารถควบคุมได้ หลังการผ่าตัด 8 ชั่วโมง ผู้ป่วยแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก O₂Sat. ต่ำ แพทย์ใส่ ET tube และย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก เพื่อ On ventilator หลังรับไว้ในหอผู้ป่วยหนัก ได้ 18 ชั่วโมงสามารถ Off ET tube ได้ แต่หลังจาก Off ET tube ได้ 3 ชั่วโมงผู้ป่วย กระสับกระส่าย บ่นแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก คอบวมขึ้น แพทย์ส่งเข้าห้องผ่าตัดซ้ำ Explor wound พบมี Blood clot ได้ แผล 300 ml. หลังจากนั้น on ET tube ส่งกลับหอผู้ป่วยหนัก เพื่อ On ventilator ต่อ หลังจากนั้น 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเลิกใช้ Ventilator ได้ แต่ยัง Off ET tube ไม่ได้ แพทย์ set OR for off ET tube และส่งกลับมาเผื่อระวังการหายใจที่หอผู้ป่วยหนัก อีก 24 ชั่วโมงจึงย้ายออกไปหอผู้ป่วยหู คอ จมูก

ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เนื่องจากมีโรคประจำตัว Hypertension/DM type II ในระยะหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย หู คอ จมูก มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิด Airway obstruction เนื่องจากการบวมของเนื้อเยื่อ/ การเกิดเลือดออกใต้แผลผ่าตัด 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด และ 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Thyrotoxicosis และภาวะแคลเซียมต่ำ จากการได้รับการผ่าตัด total thyroidectomy ในระยะวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจาก แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลงไป 2) เสี่ยงต่อการใส่ ET tube ซ้ำหลังได้รับการ Off ET tube เนื่องจากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3) เสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันทางเดินหายใจจากการมีเลือดออกใต้แผล เนื่องจากการผ่าตัดซ้ำพบ Blood clot จำนวน 300 ml. 4) มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากการย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนัก และการผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และในระยะก่อนกลับบ้านที่หอผู้ป่วย หู คอ จมูก มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในทุกระยะได้ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ จนผู้ป่วยปลอดภัยและจำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 9 วัน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการตรวจรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก http://www.nci.go.th/th/cpg/Cervical_Cancer4.pdf (วันที่สืบค้น : 24 กรกฎาคม 2562).
2. Thyroid cancer. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.nhs.uk/conditions/thyroid-cancer/> (วันที่สืบค้น : 2 สิงหาคม 2562).
3. Thyroid cancer. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://en.wikipedia.org/wiki/Thyroid_cancer (วันที่สืบค้น : 25 กรกฎาคม 2562).
4. American Cancer Society. What Is Thyroid Cancer?. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.cancer.org/cancer/thyroid-cancer/about/what-is-thyroid-cancer.html> (วันที่สืบค้น : 29 สิงหาคม 2562).
5. จันทิมาแทนบุญ. Pathology of the Endocrine system. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.med.nu.ac.th/pathology/405314/book/Endocrine51.pdf> (วันที่สืบค้น : 5 มิถุนายน 2562).
6. Thyroid hormone. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://il.mahidol.ac.th/e-media/hormone/chapter4/thyroid_work.htm (วันที่สืบค้น : 11 มิถุนายน 2562).
7. โรงพยาบาลศิริราช.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์.[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/index.php/13-manual>. (วันที่สืบค้น : 23 มิถุนายน 2562).