



โรงพยาบาลขอนแก่น
KHON KAEN HOSPITAL

วารสารทางการแพทย์และ บริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น

JOURNAL OF MEDICINE AND HEALTH SYSTEM MANAGEMENT
OF KHON KAEN HOSPITAL

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มิถุนายน 2566

VOL. 1 NO.1 : JANUARY - JUNE 2023

ISSN: 2822-082X (Print)

ISSN: 2822-0846 (Online)

วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ

โรงพยาบาลขอนแก่น

Journal of Medicine and Health System Management

Khon Kaen Hospital

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1: มกราคม - มิถุนายน 2566

Vol. 1 No.1: January - June 2023

ชื่อหนังสือ	วารสารทางการแพทย์และบริหารจัดการระบบสุขภาพ โรงพยาบาลขอนแก่น
เจ้าของ	โรงพยาบาลขอนแก่น
ISSN	2822-082X (Print) 2822-0846 (Online)
พิมพ์ที่	โรงพยาบาลขอนแก่น
ปีที่พิมพ์	พ.ศ. 2566

ทีมบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ
พว.พินรัฐ จอมเพชร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลขอนแก่น

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.จกมลณี เรืองอัมพร
ดร.ผ่องแก้ว คลังคา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

รองบรรณาธิการ

ดร.กรณีย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.ธีรากร มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.รติอร พรกุกุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.กล้าเผชัย โชคบำรุง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ. ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.วาสนา รวยสูงเนิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.สุพัฒนา ศักดิ์ฐานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ทิพรรัตน์ อุดมเมืองเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น
ดร.รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น
ดร.นิสากร วิบูลย์ชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสริมมหาสารคาม
ดร.ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสริมมหาสารคาม
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สุเพียร โภคทิพย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ผศ.ดร. ธิดาร์รัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
ดร.พรรณนิภา ไชยรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ. ขก
ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ. ขก.
ดร.มลิวัลย์ อังคะนิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ร้อยเอ็ด
ดร.อุบล จ้วงพานิช	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ดร.นิภาพร ละครวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร
ดร.ผ่องแก้ว คลังคา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ขอนแก่น
ดร.ธีรากร มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.นิตยา ศรีสุทธกมล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น

ดร.รติอร พรภุณา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.อุมาภรณ์ สอนปัญญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
พว.นิตานาถ ชีรพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
พว.สุภาพรณัฏ์ ตันท์สุระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
พว.ศิริราณี คำอู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.รัตนา ทองแจ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.เพชรภรณ์ ประสารจำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น

ฝ่ายจัดการ

ดร.กรัณย์พิชญ์ โคตรประทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
ดร.รัตนา ทองแจ่ม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
พว.บัณฑิตา ทองบัวบาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น
พว.อุไรลักษณ์ พิมพ์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ขอนแก่น

สารบัญ

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing Care in Patients Cervical Spinal Surgery: 2 Case Studies ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย Thinvisut Srilamai	1-9
การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา Nursing Care for Preterm Infants with Respiratory Distress: Case Study นิตานาถ ชีระพันธุ์ Nisanart Cheerapun	10-22
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง : กรณีศึกษา Nursing Care for Pediatric Patients with Spinal Muscular Atrophy: Case Study อภิญญา รongเมือง Apinya Rongmuang	23-32
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม : กรณีศึกษา (Nursing Care Plan for Cataract Elderly Patients with Surgery and Co-morbidities: case studies) รัชนีกร มนุศิลป์ Ratchaneekorn Manusilp	33-42
การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการโค้ชผ่านสื่อมัลติมีเดียใน สถานการณ์โควิดไวรัส 2019: กรณีศึกษา 2 ราย Nursing care for children with early developmental delays by coaching through multimedia in the coronavirus disease 2019 situation: 2 case studies พนมกร ชาญเวช Panomgorn Chanvech	43-52
บทความวิชาการ	
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร The Development of Palliative Care for End-of-Life Cancer Patients: Comprehensive Care ศรีสุตา ศรีมงคล, เพชรารณณ์ ประสารน้ำ, ศุภกร ศิริเต็มกุล Srisuda Srिमongkon, Petcharaporn Prasarncham, Supakorn Siritemkul	53-63
การนิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล: ความท้าทายของอาจารย์นิเทศและ พยาบาลพี่เลี้ยง Nursing Practice Supervision of Nursing Students: Challenges of the clinical supervisor and preceptor จินตนา สุวิทวัส Chintana Suwittawat	64-72

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ: กรณีศึกษา 2 ราย

ทินวิสุทธิ์ ศรีละมัย พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังระดับคอ เป็นภาวะที่มีอันตรายสูงและมีแนวโน้มที่จะพบได้มากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ภายหลังประสบอุบัติเหตุอาจมีสาเหตุเนื่องจากกระดูกคอหัก หรือเคลื่อนที่ได้ถึงร้อยละ 25 ในผู้ป่วยบาดเจ็บของกระดูกสันหลังระดับคอ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ

วิธีการศึกษา สัมภาษณ์ผู้ป่วยและครอบครัว โดยประเมินผู้ป่วยตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ระยะเวลาศึกษาเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ C3-C4/C4-C5 (Traumatic disc C3-4/C4-C5) ได้รับการผ่าตัดเชื่อมกระดูกด้านหน้า (Anterior Cervical Discectomy And Fusion : ACDF C3/4,C4/5,C5/6) ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอที่ C5-6 Lt (Unilateral Facet Dislocation C5-6) ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกสันหลังส่วนคอ (Posterior Reduction with Posterior Instrumentation C5-6) กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดและการพยาบาลในระยะฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังการรักษาผู้ป่วยอาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน โดยที่กรณีศึกษาที่ 1 มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 8 วัน ได้ส่งตัวกลับไปรับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน นัดติดตามผลการรักษาเมื่อ 1 เดือน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 7 วัน และนัดติดตามผลการรักษาเมื่อ 2 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานำไปพัฒนาต่อเป็นมาตรฐานการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาล คู่มือนิเทศทางคลินิก และศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ

คำสำคัญ กระบวนการพยาบาล, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Patients undergoing Cervical Spinal Surgery: 2 Case Studies

Thinvisut Srilamai*

Abstract

Introduction: Cervical spine injuries are serious and dangerous conditions and tend to be more common. Patients who die rapidly after an accident may be caused by cervical fractures or dislocations up to 25% of patients with cervical spine injuries.

Objective: To study the nursing process used in the nursing care for patients undergoing cervical spine surgery

Methodology: The patients and their families were interviewed. The patients were assessed according to 11 Gordon's Functional Health Patterns. Nursing care according to the nursing process concept were performed in formulating nursing diagnosis, summary and evaluation of nursing outcomes. The study period was August - December 2011. Data were analyzed by content analysis.

Results: Case study 1 had a cervical spine injury at C3-C4/C4-C5 (Traumatic disc C3-4/C4-C5) and received Anterior Cervical Discectomy and Fusion: ACDF C3/4, C4/5, C5/ 6). Case study 2 had a cervical spine injury at C5-6 Lt (Unilateral Facet Dislocation C5-6) and received posterior reduction with posterior instrumentation C5-6. Both case studies received nursing care according to the nursing process concept, divided into 3 phases: preoperative nursing care, postoperative nursing care and rehabilitation and continuing care. After being treated, the patients' symptoms were improved, so they were discharged from the hospital. The hospitalization period of case study 1 was 8 days. After being discharged from the hospital, case study 1 received rehabilitation at a community hospital near the house. The follow-up appointment was 1 month after treatment. The hospitalization period of case study 2 was 7 days, and the follow-up appointment was 2 weeks after treatment.

Recommendations: The study results can be used to further develop nursing standards, nursing practice guideline clinical supervision manual. Also, the nursing process in nursing care for patients undergoing cervical spine surgery can be learned.

Keywords: Nursing process, nursing care for patients undergoing cervical spine surgery

*Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังระดับคอ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันจากอุบัติเหตุถนน ตกจากที่สูง จากการถูกทำร้ายร่างกาย หรือได้รับบาดเจ็บจากการถูกกระแทกของแข็ง ถ้าได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม อาจทำให้กระดูกที่หักไปกดเส้นประสาทไขสันหลัง การแตกหักของกระดูกไขสันหลังทำให้เกิด การทำลายของเซลล์ประสาท และการตายของเนื้อไขสันหลังโดยตรง ส่งผลให้เกิดทุพพลภาพตลอดชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษา แก่ไขสันหลังหรือเบียดเส้นประสาทไขสันหลังให้รวดเร็ว การบาดเจ็บกระดูกสันหลังพบได้ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะวัยทำงาน การบาดเจ็บไขสันหลังแบ่งได้เป็น บาดเจ็บไขสันหลังชนิดสมบูรณ์ (Complete cord injury)¹ หมายถึง การบาดเจ็บที่ทำให้ไขสันหลังสูญเสียหน้าที่ทั้งหมดเกิดอัมพาตอย่างถาวร และบาดเจ็บไขสันหลังชนิดไม่สมบูรณ์ (Incomplete cord injury) ร่างกายส่วนที่อยู่ต่ำกว่าระดับพยาธิสภาพ มีบางส่วนของระบบประสาทที่ยังทำหน้าที่อยู่ มีกำลังกล้ามเนื้อหรือมีการรับรู้ที่ผิวหนังในส่วนที่ถูกควบคุมด้วยไขสันหลังที่อยู่ต่ำกว่าระดับที่ได้รับบาดเจ็บและเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความพิการและเสียชีวิตในประเทศไทย

สำหรับสถิติของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 – 2560 มีจำนวน 16.7, 18.5, 19.6 คนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน^{2,3} ตามลำดับ พบว่าการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังระดับคอคิดเป็นประมาณร้อยละ 6^{4,5} ของการบาดเจ็บกระดูกสันหลังทั้งหมด ประมาณครึ่งหนึ่งมีพยาธิสภาพกระดูกสันหลังระดับคอที่ 3-7^{6,7} อายุเฉลี่ยที่พบมากมี 2 ช่วงอายุ ได้แก่ ช่วงวัยรุ่น 18 – 25 ปี และช่วงอายุ 50 ปี สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ อุบัติเหตุรถยนต์ชนท้องถนนพบประมาณร้อยละ 45 รองลงมา คือ อุบัติเหตุตกจากที่สูงพบประมาณร้อยละ 15 สาเหตุจากการเล่นกีฬาพบร้อยละ 15 และพบสาเหตุอื่นๆ ประมาณร้อยละ 25

จากสถิติการบริการหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย 1 โรงพยาบาลขอนแก่น พบผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในปี พ.ศ. 2561-2563 เป็นจำนวน 162, 154, และ 168 ราย⁸ ตามลำดับ โดยที่บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยรีบด่วน เนื่องจากจะเกิดการบวมของไขประสาทสันหลัง ร่วมกับการตายของเซลล์ประสาทจากการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุล (Homeostasis) และขาดเลือดไปเลี้ยงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีการกดทับประสาทไขสันหลังร่วมด้วย จากการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วย

กลุ่มนี้ พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีภาวะแทรกซ้อนและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยในปี พ.ศ.2562 ถึง พ.ศ.2564 พบการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 1.09, 0.00, และ 1.08⁸ ตามลำดับ และจากการทบทวนพบสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ข้อไหล่ติด อารมณ์ซึมเศร้า และท้องผูก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองยังไม่เพียงพอ

อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่เดิมได้⁴ จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องใช้ทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม นำใช้ประกอบการประเมิน 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁴ และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดกระบวนการพยาบาล⁷ อีกทั้งต้องใช้ความรู้ด้านกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสภาพ การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและการฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง ในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังระดับคอ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย 1 โรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2564 เก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การรักษา จากเวชระเบียน สอบถามจากผู้ป่วยและครอบครัว วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมิน (Assessment) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผล (Evaluation)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลประวัติสุขภาพ รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ ประกอบด้วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย

ในอดีต การวินิจฉัยโรคและการผ่าตัด การรักษาด้วยยา
แบบประเภ็นสุขภาพ และการส่งตรวจทางรังสี ดังตารางที่

1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลประวัติสุขภาพ กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	ปวดต้นคอ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล	ปวดต้นคอ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติเจ็บป่วย	3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เมาสุราซ้อน	1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ตกจากหลังคาสูง
ปัจจุบัน	มอเตอร์ไซด์พุ่งข้างแล้วเกิดอุบัติเหตุลงข้างทาง จำเหตุการณ์ไม่ได้ ได้รับส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านฝาง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น	1.5 เมตร จำเหตุการณ์ไม่ได้ ส่งต่อจากโรงพยาบาลบ้านฝาง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต /ครอบครัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว
การตรวจร่างกายเมื่อแรกรับ	E4V5M6 pupil 3 min reaction to light both eye แขนทั้งสองข้างยกไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 0 ขาซ้ายไม่อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 ขาขวาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 2	E4V5M6 pupil 3 min reaction to light both eye แขนทั้งสองข้างกำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 ขาทั้งสองข้างกำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5
การตรวจวินิจฉัยด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (CT)	พบเป็น Non-traumatic intracerebral hemorrhage	ปกติ
การส่งตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI)	การแปลผล ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง พบเป็น Herniation at C ₃ - C ₄ , / C ₄ - C ₅ , spinal stenosis and spinal cord compression with spinal cord edema การแปลผล : กระดูกสันหลังระดับคอเคลื่อนทับหมอนรองกระดูกคอระดับที่ 5 ถึง ระดับที่ 6 ร่วมกับการเคลื่อนกดทับหมอนรองกระดูกต้นคอระดับที่ 3 ถึง ระดับที่ 4 เล็กน้อย	พบเป็น Unilateral facet dislocation C5-6 Left การแปลผล: มีการเคลื่อนของข้อต่อกระดูกสันหลังระดับคอด้านซ้าย C5-6 Left (Unilateral facet dislocation C5-6)
การวินิจฉัยโรค	Herniation at C ₃ - C ₄ , / C ₄ - C ₅ , spinal stenosis and spinal cord compression with spinal cord edema	Unilateral facet dislocation C5-6 left
การผ่าตัด	ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักก่อนผ่าตัด (Skull traction) และผ่าตัดจากด้านหน้าระดับที่ 3-4/4-5/5-6 เชื่อมต่อและการปลูกถ่ายกระดูก (Microscopic anterior cervical discectomy and fusion at C3-C4, C4-C5, C5-C6 with anterior planting iliac bone graft with fusion)	ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักก่อนผ่าตัด (Skull traction) และผ่าตัดจากด้านหลัง (Posterior reduction with posterior instrument at C5 - C6)
การรักษาด้วยยา	Cefazolin	Cefazolin
ระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล	8 วัน	7 วัน

ข้อมูลสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	ส่งตัวกลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้าน	
การนัดติดตามอาการ	1 เดือน	2 สัปดาห์
จากตารางที่ 1 พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายอยู่ในวัยทำงาน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ กรณีศึกษาที่ 1 กระดูกสันหลังระดับคอเคลื่อนทับหมอนรองกระดูกคอระดับ 5-6 ร่วมกับการเคลื่อนกดทับหมอนรองกระดูกต้นคอระดับ 3 - 4 เล็กน้อย (Traumatic disc C3-4/C4-C5) ได้รับการผ่าตัดเชื่อมกระดูกด้านหน้า (Anterior cervical discectomy and fusion: ACDF C3/4,C4/5,C5/6) การตรวจร่างกาย พบ E4V5M6 pupil 3 min reaction to light both eye แขนทั้งสองยกไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้ออยู่ ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินภาวะสุขภาพ ตามกรอบการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผน Gordon¹		
แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ	ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากอุบัติเหตุ
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ก่อนเข้ารับการรักษารับประทานอาหารได้ปกติ หลังอุบัติเหตุต้องมีผู้ดูแลป้อนอาหารเป็นอาหารอ่อน	ก่อนเข้ารับการรักษารับประทานอาหารได้ปกติ หลังอุบัติเหตุ ต้องมีผู้ดูแลป้อนอาหาร เป็นอาหารอ่อน
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย กระบวนการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย	ก่อนการเจ็บป่วย ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง หลังอุบัติเหตุท้องไม่อืด กดนิม คลำไม่พบก้อนในท้อง กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงปัสสาวะลักษณะใสไม่มีตะกอน	ก่อนการเจ็บป่วย ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง ท้องไม่อืด กดนิม คลำไม่พบก้อนในท้อง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง หลังประสบอุบัติเหตุ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงปัสสาวะลักษณะใสไม่มีตะกอน
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ก่อนการเจ็บป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง หลังเกิดอุบัติเหตุ ตรวจร่างกาย แขนทั้งสองยกไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 0 ขาข้างซ้ายไม่อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 ขาข้างขวาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 2	ก่อนการเจ็บป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ตรวจร่างกาย แขนทั้งสองยกได้ กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 ขาทั้งสองข้างกำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	ก่อนการเจ็บป่วย นอนวันละ 6-7 ชั่วโมง หลังเจ็บป่วยนอนหลับไม่สนิท วิดกกังวลบางครั้ง	ก่อนการเจ็บป่วย นอนวันละ 6-7 ชั่วโมง หลังเจ็บป่วย ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลนอนหลับไม่สนิท
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ในสิ่งเร้าต่างๆ	ยังมีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อสารเข้าใจได้	ยังมีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อสารเข้าใจได้
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ก่อนการเจ็บป่วยร่างกายสมบูรณ์ สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยครั้งนี้	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกับภาวะเจ็บป่วยครั้งนี้

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ	เป็นหัวหน้าครอบครัว มีอำนาจตัดสินใจเอง การเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องพึ่งพาภรรยาและบิดา มารตามาดูแล	เป็นหัวหน้าครอบครัว การเจ็บป่วยครั้งนี้มี ภรรยาและลูกหลานผลัดกันมาดูแล
แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	เพศสัมพันธ์ปกติ หลังเจ็บป่วยต้องการการ สัมผัส การให้กำลังใจจากภรรยา	เพศสัมพันธ์ลดลง จากอายุมาก ต้องการ กำลังใจจากภรรยา
แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วยมาก จะปรึกษากับภรรยาตลอด	ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการเจ็บป่วย มาก จะปรึกษากับภรรยาตลอด
แบบแผนที่ 11 คุณค่า ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล เชื่อว่า ต้องฟื้นฟูสุขภาพ	นับถือศาสนาพุทธ ทำบุญตามเทศกาล เชื่อว่าต้องการฟื้นฟูสุขภาพ

จากตารางที่ 2 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 กระดูกสันหลังระดับคอ 3-4/5 ชนิด Incomplete cord lesion มีการสูญเสียประสาท Motor และ Sensation ของแขนทั้งสองข้าง แขนทั้งสองข้างยกไม่ได้ กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 0 ขาข้างซ้ายไม่อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 ขาข้างขวาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 2 ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เอง ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งต้องคาสายสวนปัสสาวะและติดตามอาการเพื่อประเมินการฟื้นของเส้นประสาทที่ควบคุมการขับถ่าย กรณีศึกษาราย

ที่ 2 กระดูกสันหลังระดับคอมีการเคลื่อนของข้อต่อกระดูกคอระดับ 5-6 แขนทั้งสอง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 ขาทั้งสองข้าง กำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงปัสสาวะลักษณะใสไม่มีตะกอน

2. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวบรวมข้อมูลการตรวจสารเคมีในเลือด (Clinical chemistry) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษา 2 ราย

การตรวจ	ค่าปกติ*	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
BUN	6-19	11	15
Creatinine	0.50-1.50	0.65	0.82
eGFR (CKD-EPI)	90.00	107.11	104.10
Calcium*	8.4-10.2	8.4	9.1
Phosphorus*	2.5-4.6	2.7	2.0
Magnesium*	1.60-2.60	2.09	7.89
Sodium*	130-147	3.88	1.37
Potassium*	3.40-4.70	3.18 (15/8/64) 17.33 น. 4.18 (15/8/64) 21.05 น.	3.88
Chloride*	96-107	104	103
CO2*	20.6-28.3	27.1	26.9

*ค่าปกติการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 มีค่าโปแตสเซียมในระดับต่ำ ได้ให้การรักษาดูแลและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อเนื่องจนค่าโปแตสเซียมอยู่ในระดับปกติ

ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จากการรวบรวม
ข้อมูล นำสู่การวิเคราะห์และระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล
ซึ่งระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามระยะของการเจ็บป่วย
ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

ได้แก่ การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด การพยาบาลระยะ
หลังผ่าตัด และการพยาบาลระยะฟื้นฟูและการดูแล
ต่อเนื่อง ดังแสดงในตารางที่ 4

ระยะการ เจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์และการพยาบาล
การพยาบาล ระยะก่อน ผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการเกิด Spinal shock ใน 24 ชั่วโมงแรกจาก Spinal cord ถูกกดขี่ 2. เสี่ยงต่อไขสันหลังหรือรากประสาทไขสันหลังถูกทำลาย 3. ปวดคอบริเวณที่กระดูกระดับคอเคลื่อน 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 5. มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของกระดูกหัก 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ปอดบวมเฉพาะที่ การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย ท้องผูก ผลกดทับ 7. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1. เสี่ยงต่อการเกิด Spinal shock 24 ชั่วโมงแรกจาก Spinal cord ถูกกดขี่ 2. เสี่ยงต่อไขสันหลังหรือรากประสาทไขสันหลังถูกทำลาย 3. ปวดคอบริเวณที่กระดูกระดับคอเคลื่อน 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะ 5. มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของกระดูกหัก 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ปอดบวมเฉพาะที่ การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย ท้องผูก ผลกดทับ 7. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 8. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ Pin skull traction	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีการบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับ C 3-C 6 ทำให้เกิดการบวมของไขประสาทสันหลังระดับคอทำให้เกิดอัมพาตของแขนทั้งสองข้าง และขาขวา ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณคอ เคลื่อนไหวของคอลดลงจากการปวด การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเหมือนกัน 7 ข้อ บทบาทพยาบาลที่สำคัญในระยนี้ คือ การประเมิน Spinal shock ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก การบรรเทาอาการปวด การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (Log rolling) โดยให้คอและหลังอยู่ในแนวตรง การช่วย Passive exercise ลดภาวะกล้ามเนื้อลีบ การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการติดเชื้อบริเวณ Pin skull traction และการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ได้แก่ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด รวมทั้งการให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล
การพยาบาล ระยะหลัง ผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 5. การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากใส่ท่อหลอดลมคอ	1. เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด 5. การสื่อสารบกพร่องเนื่องจากใส่ท่อหลอดลมคอ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง รายที่ 1 ได้รับการผ่าตัดได้รับการผ่าตัดเชื่อมกระดูกด้านหน้า (Anterior cervical discectomy and fusion : ACDF C3/4,C4/5,C5/6) ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสหายจากอัมพาตหรือสูญเสียชีวิตได้ ระยะเวลาผ่าตัดนานประมาณ 3 ชั่วโมง การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 200 ml. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด รายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดด้านหลังและใส่โลหะตามกระดูกสันหลังระดับคอ C 5-6

ระยะการ เจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์และการพยาบาล
	6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 7. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากกลืนลำบาก 8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะ 9. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด และแนวทางการรักษาของแพทย์หลังผ่าตัด 10. ผู้ป่วยและญาติมีการทำหน้าที่และบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป	6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 7. เกิดความสับสนเฉียบพลันเนื่องจากกังวลจากความเจ็บป่วย 8. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากกลืนลำบาก	ระยะเวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 40 นาที การสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 100 ml. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจภายหลังการผ่าตัด และมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน จำนวน 6 ข้อ จึงวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดปริมาตร ตามแผนการรักษา ดูแลทางหายใจให้โล่ง สังเกตลักษณะการหายใจเพื่อประเมินระบบการไหลเวียนโลหิต บรรเทาความปวด ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ ปริมาณการสูญเสียเลือดจากขวด Radivac drain และแผลผ่าตัด ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา จัดผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 60 องศา และพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง ป้องกันการกดทับ เส้นประสาท และป้องกันการเกิดแผลกดทับ สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการสวนคาสายปัสสาวะ การพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ตามหลัก D-METHOD และสามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ กิจกรรมการเตรียมความพร้อม เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในเรื่องต่อไปนี้ 1) การป้องกันกล้ามเนื้อแข็งเกร็งและลึบ 2) การดูแลด้านโภชนาการให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและแคลอรีสูง 3) การจัดทำขณะรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก 4) การดูแลความสะอาดของร่างกายและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน 5) การดูแลด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 6) การดูแลกิจวัตรประจำวัน และ 7) การสื่อสาร
การพยาบาล ระยะฟื้นฟู และการดูแล ต่อเนื่อง	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	1. ผู้ป่วยและญาติขาดความมั่นใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	

4. ผลลัพธ์การดูแล กรณีศึกษารายที่ 1 กระดูกสันหลังระดับคอเคลื่อนทับหมอนรองกระดูกระดับที่ 5

ถึง ระดับที่ 6 ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักก่อนผ่าตัด (Skull traction) และผ่าตัดจากด้านหลังระดับที่ 3-4/ 4-5 /5-6

เชื่อมต่อและการปลูกถ่ายกระดูก กรณีศึกษามีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่รักษาในโรงพยาบาล 7 วัน แพทย์ส่งตัวให้กลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน นัดติดตามผลการรักษา 1 เดือน กรณีศึกษารายที่ 2 การเคลื่อนของข้อต่อกระดูกสันหลังระดับคอ ด้านซ้าย C5 - 6 left ได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกสันหลังส่วนคอ (Posterior reduction with posterior instrumentation C5-6) กรณีศึกษามีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อยู่รักษาในโรงพยาบาล 8 วัน แพทย์อนุญาตกลับบ้าน นัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์

อภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพยาธิสภาพในตำแหน่งที่แตกต่างกัน และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ จากพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน จึงมีความซับซ้อนของปัญหาด้านสุขภาพและสังคมที่แตกต่างกัน ด้วย การใช้กระบวนการพยาบาล¹ ที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของกรณีศึกษาเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม ตามแนวทางวิทยาศาสตร์และการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหา จะส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ อีกทั้งพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ เพื่อเฝ้าระวังภาวะ Spinal shock และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาทไขสันหลัง รวมถึงการพยาบาลที่มีความเฉพาะ มีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ
2. ด้านบริหารการพยาบาล ควรสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลเฉพาะสาขา

3. สนับสนุนการใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะใกล้เคียงปกติได้เร็วที่สุด สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบครัวให้การสนับสนุนเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Purcell D., Sneha A. Chinai, Brandon R. Allen, Moira Davenport. **Emergency Orthopedics Handbook**. Cham, Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.2019
2. Mirza SK, Chapman JR. **Principles of management of spine injury**. In: Brucholz RH, Heckman JD, editors. Rookwood and green's Fracture in adult. 5th ed.Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 1295-32378. Chapman JR, Mirza
3. Vaccaro AR, Zlotolow DA. **Fracture and dislocation of the lower cervical spine**. In: Brucholz EW, Heckman JD, editors. Rookwood and green's Fracture in adult. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001; 1375-403
4. Panthasi P, **Nursing Processes&Health Stereotypes: Clinical Applications**. 21st ed. Bangkok Partnership Limited Type letters.2018
5. Aree-Ue, S. **Orthopedic Nursing: From Empirical Evidence to Nursing Practice Bangkok: Ramathibodi Textbook Project, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**.2021
6. Yosakorn A. **Complications in patients undergoing spinal surgery in Prasat neurological institute**. Vajira Nursing Journal, 23(2), 44-56.2021
7. Suchitra Limmumnilap, Tumnong C. **Nursing patients with critical illness = Critical Care Nursing**.Department of Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.2016
8. Department of Medical Informatics. **Statistics of orthopedic patients**.Khon Kaen Hospital **Annual Statistics Report 2021**. Khon Kaen Hospital.2021.

การพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก: กรณีศึกษา

นิตานาถ ชีระพันธุ์ พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ ภาวะหายใจลำบากเป็นภาวะที่พบได้มากในทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลให้ทารกมีภาวะหายใจล้มเหลวตามมาได้

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก

วิธีการศึกษา เป็นกรณีศึกษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด จำนวน 2 ราย วิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา ทารกทั้ง 2 ราย มีภาวะหายใจลำบาก โดยมีปัจจัยจากภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิดร่วมกับการเกิดก่อนกำหนด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของทารกและครอบครัว พบว่ามีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ 1) หายใจลำบากจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 2) อุณหภูมิร่างกายต่ำ 3) ติดเชื้อที่ระบบหายใจส่วนล่าง 4) ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย 5) มารดาบิดาไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ และ 6) มารดาบิดายังไม่มีความพร้อมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่าทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ทารกทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

การนำไปใช้ประโยชน์ ผลการศึกษานำไปพัฒนาต่อเป็นมาตรฐานการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาล คู่มือนิเทศทางคลินิก และการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากได้

คำสำคัญ กระบวนการพยาบาล ทารกเกิดก่อนกำหนด ภาวะหายใจลำบาก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Preterm Infants with Respiratory Distress: Case Study

*Nisanart Cheerapun, M.N.S.**

Abstract

Introduction: Respiratory distress is increasingly common in preterm infant and lead to respiratory failure.

Objectives: To study the implementation of nursing process in preterm infants with respiratory distress.

Methods: Two cases of preterm infants with respiratory distress were analyzed using the nursing process.

Results: Both preterm infants had respiratory distress due to congenital pneumonia and prematurity. They shared 6 similar nursing diagnoses including: 1) respiratory distress due to impaired gas exchange 2) hypothermia 3) lower respiratory tract infections 4) imbalanced nutrition: less than body requirements 5) parental incompetence in adapting with stressful situation and 6) readiness for enhanced child care process: appropriate preterm infant care. Nursing outcomes showed that all problems were resolved. The preterm infants recovered well and were discharge from the hospital.

Utilization: The results of the study were developed into nursing standards, nursing practice guidelines, clinical supervision manual and descriptive research to study the nursing process for preterm infants with respiratory distress

Keywords: nursing process, preterm infant, respiratory distress

* Registered nurse, Professional level, Khon Kaen hospital

บทนำ

สี่ถึงหกชั่วโมงแรกของชีวิต เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของทารกโดยมีการปรับตัวของระบบหายใจและระบบหัวใจเพื่อให้สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมนอกครรภ์ได้ หากทารกไม่สามารถปรับตัวได้ อาจส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดแดงต่ำ (hypoxemia) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงสูง (hypercapnia) ภาวะเลือดเป็นกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) และมีระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลวตามมาได้¹

สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ทารกไม่สามารถปรับตัวได้คือ การเกิดก่อนกำหนด ซึ่งหมายถึงทารกเกิดก่อนมีอายุครรภ์ (gestational age; GA) ครบ 37 สัปดาห์ โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักแรกเกิด² ยิ่งทารกเกิดที่อายุครรภ์น้อยยิ่งมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น โดยภาวะแทรกซ้อนบางส่วนเป็นผลมาจากปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนด และบางส่วนเป็นผลมาจากกายวิภาคและสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะปอดที่ยังเจริญไม่สมบูรณ์ ยังสร้างและหลั่งสารเซอร์แฟกแทนท์ (surfactant) ที่ช่วยลดแรงตึงผิวภายในถุงลมปอดไม่เพียงพอหรือทำงานได้ไม่สมบูรณ์ กล้ามเนื้อบริเวณอกที่อ่อนแอและซี่โครงที่มีความยืดหยุ่น ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการหายใจลดลง ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบากได้

ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นสาเหตุทำให้ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ จึงเป็นปัญหาวิกฤตฉุกเฉินที่ทั้งพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแลต้องประเมินอาการ วินิจฉัยปัญหา ให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง และรวดเร็ว จะช่วยให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีโอกาสรอดชีวิตมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว^{3,4}

ภาวะหายใจลำบากแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรุนแรงน้อย (mild respiratory distress) ทารกหายใจเร็วแต่ไม่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจน มีอาการหายใจลำบากเพียงเล็กน้อย เช่น มีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก (retraction) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) หรือหายใจมีเสียงคราง (grunting) เป็นต้น 2) ความรุนแรงปานกลาง (moderate respiratory distress) ทารกมีอาการเขียวเมื่อไม่ได้ใช้ออกซิเจน และมีอาการหายใจลำบาก ร่วมกับผลตรวจก๊าซในเลือดผิดปกติ และ 3) ความรุนแรงมาก (severe respiratory distress) ทารกมีอาการตัวเขียวทั้งตัวและมีอาการหายใจลำบาก

รุนแรง ร่วมกับผลตรวจก๊าซในเลือดผิดปกติ ทารกอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงจากระดับความรุนแรงน้อยไปสู่ความรุนแรงมากได้อย่างรวดเร็ว⁵ ทารกเหล่านี้จึงต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด หรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตตามระดับความรุนแรงของภาวะหายใจลำบาก พยาบาลผู้ดูแลทารกตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบไปด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล เป็นวงจรต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถช่วยเหลือทารกได้ทันทั่วที่จะช่วยให้ทารกปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือมารดาบิดาให้เผชิญกับปัญหาในช่วงภาวะวิกฤต สามารถดูแลทารกต่อเนื่องด้วยความมั่นใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก

วิธีดำเนินงาน

ใช้กรณีศึกษา (case study) จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด อายุครรภ์ประเมินโดยวิธีของบอลลาร์ด (Ballard Maturation Score) ได้ระดับความสมบูรณ์ของการเจริญ (maturity rating) 29 คะแนน และ 25 คะแนน คะแนนอายุครรภ์ได้ เท่ากับ 35⁺ สัปดาห์ และ 34 สัปดาห์ ตามลำดับ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต และหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดโรงพยาบาลขอนแก่น ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกันยายน 2564 เก็บรวบรวมข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และการพยาบาลจากเวชระเบียน วิเคราะห์การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน⁶ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลภาวะสุขภาพ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา ประวัติการคลอด อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพจากประวัติ

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2
ประวัติการตั้งครรภ์ของมารดา	มารดาอายุ 30 ปี เป็นชาวพม่า ตั้งครรภ์ที่ 2 เคยแท้ง 1 ครั้ง อายุครรภ์คำนวณจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstruation period; LMP) เท่ากับ 33 ⁺³ สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน 4 ครั้ง ผลการตรวจ HBsAg positive มีไข้ เจ็บครรภ์คลอดและมีน้ำเดิน ลักษณะใส ก่อนมาโรงพยาบาล 8 ชั่วโมง ผลตรวจปัสสาวะพบ WBC 20-30 cell/HPF ได้รับยา ampicillin และ dexamethasone ก่อนคลอด	มารดาอายุ 15 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์คำนวณจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (last menstruation period; LMP) เท่ากับ 36 ⁺⁴ สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศูนย์ 7 ครั้ง ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำเดิน ผลเลือดปกติ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 9 ชั่วโมง
ประวัติการคลอด	ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีภาวะ fetal distress ได้ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 1,550 กรัม คะแนน APGAR 6, 8, 9	ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน เนื่องจากมีภาวะ fetal distress ได้ทารกเพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 1,640 กรัม คะแนน APGAR 6, 8, 9
อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	หายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด แรกเกิด เชี่ยวทั้งตัว reflex น้อย กำลังกล้ามเนื้อน้อย ร้องเสียงเบา ได้ initial steps และช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกที่อายุ 30 วินาที ที่อายุ 1 นาที เชี่ยวทั้งตัว กำลังกล้ามเนื้อน้อย หายใจมี subcostal retraction อัตราการเต้นของหัวใจ 170 ครั้ง/นาที ช่วยหายใจโดยให้แรงดันบวกอย่างต่อเนื่อง (continuous positive airway pressure; CPAP) 5 cmH ₂ O ความเข้มข้นออกซิเจน 100% ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO ₂) วัดได้ 90% ที่อายุ 5 นาที ริมฝีปากแดง ปลายมือปลายเท้าเขียว reflex ปกติ กำลังกล้ามเนื้อปกติ ร้องเสียงดัง หายใจมี subcostal retraction อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้ง/นาที ที่อายุ 10 นาที ริมฝีปากแดงและปลายมือปลายเท้าแดง reflex ปกติ กำลังกล้ามเนื้อปกติ ร้องเสียงดัง อัตราการหายใจ (respiratory rate; RR) 58 ครั้ง/นาที มี subcostal retraction อัตราการเต้นของหัวใจ 170 ครั้ง/นาที SpO ₂ 99% ที่อายุ 12 นาที หายใจหอบ อัตราการหายใจ 64 ครั้ง/นาที มี marked subcostal retraction แพทย์ตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 3 ลึก 7 เซนติเมตร และย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต	หายใจลำบากตั้งแต่แรกเกิด แรกเกิด เชี่ยวทั้งตัว reflex น้อย กำลังกล้ามเนื้อน้อย ไม่ร้อง ได้ initial steps และช่วยหายใจด้วยแรงดันบวกที่อายุ 30 วินาที ที่อายุ 1 นาที เชี่ยวทั้งตัว กำลังกล้ามเนื้อน้อย ร้องเสียงเบา อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้ง/นาทีให้ออกซิเจนความเข้มข้น 21% อัตราไหล 10 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO ₂) วัดได้ 77% ที่อายุ 5 นาที ริมฝีปากแดง ปลายมือปลายเท้าเขียว reflex น้อย กำลังกล้ามเนื้อปกติ ร้องเสียงดัง หายใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 160 ครั้ง/นาที ที่อายุ 10 นาที ริมฝีปากแดงและปลายมือปลายเท้าแดง reflex ปกติ กำลังกล้ามเนื้อปกติ หายใจเร็ว อัตราการหายใจ 60-64 ครั้ง/นาที มี subcostal retraction, nasal flaring อัตราการเต้นของหัวใจ 170 ครั้ง/นาที SpO ₂ 98% ช่วยหายใจโดย CPAP 5 cmH ₂ O ที่อายุ 20 นาที หายใจหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 70 ครั้ง/นาที มี marked subcostal retraction, nasal flaring แพทย์ตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 3 ลึก 7.5 เซนติเมตร และย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีโรคประจำตัว และโรคทางพันธุกรรม	ไม่มีโรคประจำตัว และโรคทางพันธุกรรม

2. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีทรวงอก รวบรวมข้อมูล ได้แก่ การตรวจก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas; ABG) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count;

CBC) การเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ และการตรวจไมโครบิลูบีน (micro-bilirubin; MB) รวมถึงภาพถ่ายรังสีทรวงอก ดังตารางที่ 2-6

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจก๊าซในเลือดแดง

การตรวจ	ค่าปกติ*	ทารกชายที่ 1			ทารกชายที่ 2		
		อายุ 4 ชม.	อายุ 1 วัน	อายุ 2 วัน	อายุ 4 ชม.	อายุ 1 วัน	อายุ 2 วัน
PH	≥ 7.25	7.447	7.378	7.440	7.440	7.500	7.470
PaO ₂ (mmHg)	50-70	270 (ที่ FiO ₂ 0.5)	155.9 (ที่ FiO ₂ 0.25)	130.2 (ที่ FiO ₂ 0.25)	235 (ที่ FiO ₂ 0.4)	102 (ที่ FiO ₂ 0.25)	104.7 (ที่ FiO ₂ 0.21)
PaCO ₂ (mmHg)	45-55	29.8 (ที่ RR 50/min)	24.5 (ที่ RR 40/min)	27.2 (ที่ RR 50/min)	28.2 (ที่ RR 50/min)	28.6 (ที่ RR 40/min)	32.7 (ที่ RR 30/min)
BE (mmol/L)	(-4)-(+4)	-3.5	-10.8	-5.7	-2.7	-0.3	0.3
HCO ₃ (mmol/L)	18-22	20.8	14.6	18.7	20.3	22.9	24.1
การแปลผล		Respiratory alkalosis, hyper-ventilation, hyperoxia	Metabolic acidosis, hyper-ventilation, hyperoxia	Respiratory alkalosis, hyper-ventilation, hyperoxia	Respiratory alkalosis, hyper-ventilation, hyperoxia	Respiratory alkalosis, hyper-ventilation, hyperoxia	Respiratory and metabolic alkalosis, hyper-ventilation, hyperoxia

*เป็นค่าที่ยอมรับได้ของทารกอายุครรภ์ 28-40 สัปดาห์⁷ เพื่อลดการบาดเจ็บจากการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด

การตรวจ	ค่าปกติ*	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2
		อายุ 6 ชม.	อายุ 6 ชม.
Hct (vol%)	44-64	56	47.9
Hb (g/dl)	14-24	19	17.1
WBC (cell/mm ³)	9,000-30,000	13,300	8,600
PMN (%)	40-75	56	57.2
Lymphocyte (%)	20-50	30	34.2
Platelet (cell/mm ³)	140,000-300,000	310,000	258,000
MCV (μ m ³)	98-108	95	100.4
MCH (μ g)	32-34	32	35.8
MCHC (%)	32-33	33	35.7
การแปลผล		อยู่ในช่วงของค่าปกติ	อยู่ในช่วงของค่าปกติ

*ค่าปกติการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด⁸

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ

ข้อมูลการเพาะเชื้อ	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2
การเพาะเชื้อจากเสมหะ	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ
การเพาะเชื้อจากเลือด	ไม่พบเชื้อ	ไม่พบเชื้อ

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจไมโครบิลิรูบิน (micro-bilirubin; MB)

การตรวจ	ทารกชายที่ 1				ทารกชายที่ 2	
	ค่าปกติ*	อายุ 2 วัน	อายุ 3 วัน	อายุ 4 วัน	ค่าปกติ**	อายุ 5 วัน
MB (mg/dL)	< 12	9	10.2	10	12-14	8.2
การแปลผล		มีภาวะตัวเหลืองแต่ไม่ถึงเกณฑ์รักษาด้วยการส่องไฟ			การแปลผล	มีภาวะตัวเหลืองแต่ไม่ถึงเกณฑ์รักษาด้วยการส่องไฟ

*ค่าปกติเป็นเกณฑ์การส่องไฟสำหรับทารกอายุครรภ์ ≥ 35 สัปดาห์⁹

**ค่าปกติเป็นเกณฑ์การส่องไฟสำหรับทารกอายุครรภ์ $34^{0/7}$ – $34^{6/7}$ สัปดาห์⁹

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลภาพถ่ายรังสีทรวงอก

ข้อมูล	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2
ภาพถ่ายรังสีทรวงอก	พบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาว (infiltration) ที่ตำแหน่งปอดข้างขวา	พบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาว (infiltration) ที่ตำแหน่งปอดข้างขวาด้านล่าง
การแปลผล	มีภาวะปอดอักเสบ	มีภาวะปอดอักเสบ

3. ข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การวินิจฉัยแรก รับ การดูแลรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล น้ำหนัก ก่อนจำหน่าย และสรุปการวินิจฉัยโรค ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลการรักษาตั้งแต่แรกถึงจนจำหน่าย

ข้อมูลการรักษา	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2
การวินิจฉัยแรก	Preterm with respiratory distress	Preterm with respiratory distress
การตรวจร่างกายของทารกเพื่อประเมินอายุครรภ์โดยใช้ Ballard Maturation Score	คะแนนระดับความสมบูรณ์ของการเจริญ (maturity rating) 29 คะแนน คะแนนอายุครรภ์ได้ เท่ากับ 35^{+} สัปดาห์	คะแนนระดับความสมบูรณ์ของการเจริญ (maturity rating) 25 คะแนน คะแนนอายุครรภ์ได้ เท่ากับ 34 สัปดาห์
การรักษา	1) ใช้เครื่องช่วยหายใจ assist mode เพื่อช่วยประคับประคองภาวะหายใจลำบาก โดยให้ FiO_2 0.6 เพื่อรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ≥ 92 -95% อาการหายใจลำบากค่อยๆ ดีขึ้น ลดการช่วยหายใจโดยเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจที่อายุ 6 วัน ช่วยหายใจต่อโดยใช้ heated humidify high flow nasal cannula, FiO_2 0.3 อัตราการไหลของก๊าซ 3 ลิตร/นาที รักษา ระดับ SpO_2 ≥ 92 -95% ที่อายุ 7 วัน ให้ ออกซิเจนทาง cannula 2 ลิตร/นาที รักษา	1) ใช้เครื่องช่วยหายใจ assist mode เพื่อช่วยประคับประคองภาวะหายใจลำบาก โดยให้ FiO_2 0.4 เพื่อรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ≥ 92 -95% อาการหายใจลำบากดีขึ้น ลดการช่วยหายใจโดยเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจที่อายุ 3 วัน ช่วยหายใจต่อโดยใช้ heated humidify high flow nasal cannula, FiO_2 0.4 อัตราการไหลของก๊าซ 3 ลิตร/นาที รักษา ระดับ SpO_2 ≥ 92 -95% ที่อายุ 4 วัน ให้ออกซิเจนทาง box 5 ลิตร/นาที รักษา ระดับ SpO_2 ≥ 92 -95% และหยุดให้ออกซิเจนที่อายุ 5 วัน

ข้อมูลการรักษา	ทารกชายที่ 1	ทารกชายที่ 2
	ระดับ SpO₂ ≥92-95% และหยุดให้ออกซิเจน ที่อายุ 10 วัน 2) ให้ทารกนอนในตู้อบเพื่อควบคุมอุณหภูมิ ภายใต้งี้ และควบคุมอุณหภูมิของ สิ่งแวดล้อม(Neutral Thermal Environment; NTE) โดยปรับอุณหภูมิให้อยู่ ระหว่าง 32.8-33.8 องศาเซลเซียส 3) ใส่สายสวนหลอดเลือดดำของสะดือ เพื่อให้ สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำ และเริ่ม ให้นมแม่ที่อายุ 2 วัน ทางสายยางให้อาหาร ที่ อายุ 10 วัน หยุดให้สารน้ำสารอาหารทาง หลอดเลือดดำ ที่อายุ 15 วัน เริ่มทำ kangaroo mother care และฝึกดูนมแม่ จากเต้า ทารกดูนมแม่ได้ปริมาณน้อย ประสานส่งปรึกษาศัลยกรรมแม่ หลังจากนั้น ทารกดูนมแม่ได้ดี 4) ให้อาปฏิชีวนะ ampicillin ทุก 12 ชั่วโมง และ gentamicin ทุก 24 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด เป็นระยะเวลา 14 วัน 5) ผลการตรวจ HBsAg ของมารดา positive ให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และอิมมูโน โกลบูลิน ป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นขา คนละข้าง ที่อายุ 3 ชั่วโมง 6) ที่อายุ 2 วัน ทารกตัวเหลือง เจาะเลือดส่ง ตรวจ MB ที่อายุ 2, 3, และ 4 วัน ผลไม่ถึง เกณฑ์ส่งไฟรรักษา 7) ที่อายุ 6 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจ มี upper airway obstruction ให้ adrenaline พ่นขยายหลอดลม ทุก 6 ชั่วโมง ระยะเวลา 1 วัน	2) ให้ทารกนอนในตู้อบเพื่อควบคุมอุณหภูมิ ภายใต้งี้ และควบคุมอุณหภูมิของ สิ่งแวดล้อม โดยปรับอุณหภูมิให้อยู่ระหว่าง 32.8-33.8 องศาเซลเซียส 3) ใส่สายสวนหลอดเลือดดำของสะดือ เพื่อให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และเริ่มให้นมแม่ที่ อายุ 2 วัน ทางสายยางให้อาหาร หลังจาก ถอดท่อช่วยหายใจ เริ่มทำ kangaroo mother care และฝึกดูนมแม่จากเต้า ทารกดูนมแม่ได้ดี ที่อายุ 7 วัน หยุดให้สาร น้ำทางหลอดเลือดดำ 4) ใส่สายสวนหลอดเลือดแดงของสะดือ เพื่อ ดูเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็น ระยะเวลา 3 วัน 5) ให้อาปฏิชีวนะ ampicillin ทุก 12 ชั่วโมง และ gentamicin ทุก 36 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ เพื่อรักษาภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด เป็นระยะเวลา 7 วัน 6) ที่อายุ 5 วัน ทารกตัวเหลือง เจาะเลือดส่ง ตรวจ MB ผลไม่ถึงเกณฑ์ส่งไฟรรักษา
จำนวนวันนอนใน โรงพยาบาล	19 วัน	7 วัน
น้ำหนักก่อนจำหน่าย	1,830 กรัม	1,810 กรัม
สรุปการวินิจฉัยโรค	Preterm, congenital pneumonia, hypothermia, upper airway obstruction	Preterm, congenital pneumonia, hypothermia

จากตารางที่ 6-7 แสดงให้เห็นว่าทารกทั้ง 2 รายมี ภาวะหายใจลำบากจากปัจจัยมีภาวะปอดอักเสบแต่ กำเนิดร่วมกับการเกิดก่อนกำหนด

4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตั้งแต่แรกถึง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบ

ประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน⁵ นำข้อมูลทั้งหมดมาพิจารณาจัดลำดับ ความสำคัญ วิเคราะห์ แปลความหมาย สรุปข้อมูลภาวะ สุขภาพ ปัญหาสุขภาพของทารกและครอบครัว กำหนด

เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง
จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แบบแผนสุขภาพที่พบ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การทรมายที่ 1	การทรมายที่ 2
การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	1. ติดเชื้อที่ระบบหายใจส่วนล่างเนื่องจากกลไกการป้องกันการติดเชื้อยังไม่สมบูรณ์ มีภูมิคุ้มกันต่ำ และมีปัจจัยเสี่ยงด้านมารดา ข้อมูลสนับสนุน อัตราการหายใจ 58-64 ครั้ง/นาที มี marked subcostal retraction ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาวที่ตำแหน่งปอดข้างขวา ทารกเกิดก่อนกำหนดคะแนนอายุครรภ์เท่ากับ 35+ สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,550 กรัม ประวัติดมารดา มีไข้ ผลตรวจปัสสาวะพบ WBC 20-30 cell/HPF มีถุงน้ำคร่ำแตก 8 ชั่วโมงก่อนคลอด	1. ติดเชื้อที่ระบบหายใจส่วนล่างเนื่องจากกลไกการป้องกันการติดเชื้อยังไม่สมบูรณ์ และมีภูมิคุ้มกันต่ำ ข้อมูลสนับสนุน อัตราการหายใจ 60-70 ครั้ง/นาที มี marked subcostal retraction, nasal flaring ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาวที่ตำแหน่งปอดข้างขวาด้านล่าง ทารกเกิดก่อนกำหนดคะแนนอายุครรภ์เท่ากับ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,640 กรัม
โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	2. อุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้ง่าย ร่วมกับมีความสามารถในการสร้างความร้อนจำกัด ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิร่างกาย 35.2-36.2 องศาเซลเซียส ผิวหนังบางเย็น ตัวลาย ทารกเกิดก่อนกำหนดคะแนนอายุครรภ์ได้เท่ากับ 35+ สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,550 กรัม 3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีความต้องการพลังงานสูงจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ร่วมกับประสิทธิภาพการย่อย การดูดซึมไม่ดีจากการเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน เริ่มให้นมแม่ที่อายุ 2 วัน ทางสายยางให้อาหาร มินมก้างย่อย เหลือค้างในกระเพาะอาหาร 2-4 มิลลิลิตร และท้องอืด ที่อายุ 10 วัน ให้ทารกดูดนมแม่จากเต้า ดูดได้ปริมาณน้อย ทารกเกิดก่อนกำหนดคะแนนอายุครรภ์ได้ 35+ สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,550 กรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4 กรัมต่อวันในสัปดาห์แรก	2. อุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้ง่าย ร่วมกับมีความสามารถในการสร้างความร้อนจำกัด ข้อมูลสนับสนุน อุณหภูมิร่างกายแรกรับ 35.0 องศาเซลเซียส ผิวหนังบางเย็น ปลายมือปลายเท้าซีดเขียว ทารกเกิดก่อนกำหนดคะแนนอายุครรภ์เท่ากับ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,640 กรัม 3. ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย เนื่องจากมีความต้องการพลังงานสูงจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต ร่วมกับประสิทธิภาพการย่อย การดูดซึมไม่ดีจากการเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน เริ่มให้นมแม่ที่อายุ 2 วัน ทางสายยางให้อาหาร มินมก้างย่อย เหลือค้างในกระเพาะอาหาร 3-7 มิลลิลิตร และมีสำรอกนม 1 ครั้ง ทารกเกิดก่อนกำหนด คะแนนอายุครรภ์ได้ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,640 กรัม น้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 24 กรัมต่อวันในสัปดาห์แรก

แบบแผนสุขภาพที่พบ	ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	การกรายที่ 1	การกรายที่ 2
กิจกรรมและการออกกำลังกาย	4. หายใจลำบากจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากการเกิดก่อนกำหนด ปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ มีสารเซอร์แฟคแทนที่ไม่เพียงพอ ร่วมกับมีพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน อัตราการหายใจ 58-64 ครั้ง/นาที marked subcostal retraction อัตราการเต้นของหัวใจ 160-170 ครั้ง/นาที SpO₂ 90-99% ผล ABG: Respiratory alkalosis, hyperventilation, hyperoxia ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาวที่ตำแหน่งปอดข้างขวา ทารกเกิดก่อนกำหนดคะแนนอายุครรภ์เท่ากับ 35+ สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,550 กรัม	4. หายใจลำบากจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากการเกิดก่อนกำหนด ปอดยังเจริญไม่สมบูรณ์ มีสารเซอร์แฟคแทนที่ไม่เพียงพอ ร่วมกับมีพื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน อัตราการหายใจ 60-70 ครั้ง/นาที มี marked subcostal retraction, nasal flaring อัตราการเต้นของหัวใจ 160-170 ครั้ง/นาที SpO₂ 77-98% ผล ABG: Respiratory and metabolic alkalosis, hyperventilation, hyperoxia ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาวที่ตำแหน่งปอดข้างขวาด้านล่าง ทารกเกิดก่อนกำหนดคะแนนอายุครรภ์เท่ากับ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิด 1,640 กรัม
บทบาทและสัมพันธภาพ	5. มารดาบิตายังไม่มีความพร้อมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด เนื่องจากไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน ครรภ์ที่ 2 ประวัติเคยแท้ง 1 ครั้ง ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 6 วัน มารดาไม่มีประสบการณ์เลี้ยงดูทารก มารดาบอกว่าจะเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรเอง โดยมีปู่และย่าช่วยเหลือ มารดาไม่กล้าอุ้มทารก บิดาสอบถามวิธีการดูแลทารกที่เกิดก่อนกำหนด	5. มารดาบิตายังไม่มีความพร้อมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด เนื่องจากไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด ข้อมูลสนับสนุน มารดาอายุ 15 ปี ครรภ์แรก ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 3 วัน มารดามีประสบการณ์เลี้ยงหลานเกิดครบกำหนด มารดาบอกว่าจะเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรเอง โดยมีปู่และย่าช่วยเหลือ มารดาสอบถามวิธีการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
ความเครียดและการทนทานต่อความเครียด	6. มารดาบิตาไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตของบุตร มีประวัติเคยสูญเสียบุตรจากการแท้ง และมารดาไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความคาดหวังของตนเองกับบุคลากรสุขภาพได้ ข้อมูลสนับสนุน มารดาชาวพม่า พูดภาษาไทยไม่ได้ มีประวัติเคยแท้ง 1 ครั้ง ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 6 วัน มารดาบิตามีสีหน้าเรียบเฉยขณะเข้ามาเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต	6. มารดาบิตาไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤตของบุตร ข้อมูลสนับสนุน ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 3 วัน มารดาบิตามีสีหน้าเคร่งเครียดขณะเข้ามาเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

5. การพยาบาล นำเสนอการพยาบาลเรียงลำดับตามความสำคัญ ประกอบด้วย ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ดังต่อไปนี้

1) หายใจลำบากจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เป้าหมายของการพยาบาล คือทารกมีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ SpO_2 อยู่ระหว่าง 92-95% และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับออกซิเจน ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย ดูแลให้ทารกได้รับการช่วยหายใจ และได้รับออกซิเจนเท่าที่จำเป็นตามแผนการรักษา จัดทำนอนศีรษะสูง 15 องศา จัดศีรษะให้อยู่กึ่งกลางของลำตัว และคอหงนเล็กน้อย เปลี่ยนท่านอนทุก 3 ชั่วโมง ขจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ ติดตามอาการทางคลินิกของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน หายใจออกมีเสียงคราง มีการตั้งรังของกล้ามเนื้อหน้าอก และเขียว ติดตาม SpO_2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก ดูแลให้ทารกได้รับยาปฏิชีวนะ ampicillin ทุก 12 ชั่วโมง และ gentamicin ทุก 24 และ 36 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงของยา การประเมินผล ทารกรายที่ 1 ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 6 วัน หลังถอดท่อช่วยหายใจพบภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตันจากหลอดลมบวม ดูแลพ่นยา adrenaline ทุก 6 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 1 วัน และสามารถหยุดให้ออกซิเจนที่อายุ 10 วัน ทารกรายที่ 2 ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 3 วัน และสามารถหยุดให้ออกซิเจนที่อายุ 4 วัน

2) อุณหภูมิร่างกายต่ำ เป้าหมายของการพยาบาล คือ ทารกมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.5 ถึง 37.5 องศาเซลเซียส² ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย ดูแลทารกให้นอนใต้ radiant warmer ขณะที่ทำหัตถการใส่สายสวนหลอดเลือดของสะดือ และให้นอนในตู้อบหลังทำหัตถการเสร็จ เพื่อควบคุมอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมที่ 32.8-33.8 องศาเซลเซียส ปรับ mode ของตู้อบเป็น skin servo-control ติด skin probe แนบสนิทกับผิวหนังบริเวณท้อง ตั้งอุณหภูมิเฉลี่ยที่ 36.5 องศาเซลเซียส ติดตามอุณหภูมิทุก 30 นาที เมื่ออุณหภูมิร่างกายคงที่ตามเป้าหมาย 2 ครั้ง ติดตามอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ป้องกันการสูญเสียความร้อนจากการนำ การพา การระเหย และการแผ่รังสี ดูแลอุณหภูมิก๊าซจากเครื่องช่วยหายใจให้อุ่นและมีความชื้น โดยตั้งอุณหภูมิเครื่องทำความชื้นที่ 40 องศาเซลเซียส และ -3 เพื่อให้เกิดไอน้ำของอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส¹⁰ การประเมินผล ทารกทั้ง 2 ราย มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในช่วงแรกเกิด หลังจากปฏิบัติการพยาบาลแก้ไขภาวะ

อุณหภูมิต่ำ ทารกทั้ง 2 รายไม่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำตลอดระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล

3) ติดเชื้อที่ระบบหายใจส่วนล่าง

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อที่ระบบอื่นเพิ่ม ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย การล้างมือตาม 5 ข้อบ่งชี้อย่างเคร่งครัด ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ จัดทำนอนศีรษะสูง 15 องศา ทำความสะอาดช่องปากด้วย 0.9% นอร์มัลซาลีน เคลือบช่องปากด้วยนมแม่ทุก 3 ชั่วโมง ป้องกันการสำลัก เช็ดสะดือด้วย 0.5% คลอเฮกซิดีน ใน 70% แอลกอฮอล์ วันละ 2 ครั้ง ตรวจสอบตำแหน่งที่ใส่สายสวนหลอดเลือดของสะดือ ติดตามอาการทางคลินิกของการติดเชื้อซึ่งไม่จำเพาะ เช่น อุณหภูมิไม่สม่ำเสมอ หายใจลำบาก รับนมไม่ได้ เป็นต้น ดูแลอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่ใช้กับทารกโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และดูแลให้ทารกได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ทารกรายที่ 1 มีภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิดจากการติดเชื้อรุนแรงมากกว่าทารกรายที่ 2 ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลา 14 วัน ส่วนทารกรายที่ 2 ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลา 7 วัน ทารกรายที่ 1 มีผลการตรวจ HBsAg ของมารดา positive ให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี และอิมมูโนโกลบูลิน ป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ฉีดเข้ากล้ามเนื้อต้นขาซ้ายและขวา ที่อายุ 3 ชั่วโมง และทารกทั้ง 2 รายไม่มีการติดเชื้อที่ระบบอื่นเพิ่ม

4) ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ทารกได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 15-20 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน เมื่อได้รับพลังงานจากการได้รับสารอาหารผ่านทางลำไส้ 120 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน¹¹ ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย ประเมินความสมดุลของสารน้ำสารอาหาร อาการท้องอืด ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหาร และดูดของเหลวเหลือค้างในกระเพาะอาหารเพื่อวัดปริมาตร จัดทำนอนตะแคงขวาระหว่างและหลังป้อนนมนาน 1/2-1 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำครบถ้วนตามแผนการรักษา และติดตามน้ำหนักของทารกทุกวัน การประเมินผล วันที่ 2 หลังจากได้รับนมแม่ทางสายยางให้อาหาร ทารกทั้ง 2 ราย ได้รับนมแม่ครบตามแผนการรักษา ไม่มีปัญหานมเหลือค้างในกระเพาะอาหาร ทารกรายที่ 1 มีน้ำหนักเท่ากับแรกเกิดในวันที่ 5 ผิดทักษะการดูดนมแม่จากเต้าร่วมกับทำ kangaroo mother care พบปัญหาการดูดนมแม่จากเต้าได้ปริมาณน้อย ประสานเพื่อส่งปรึกษาที่คลินิกนมแม่ หลังจากนั้นทารกดูดนมแม่

ได้ดี และจำหน่ายกลับบ้านเมื่ออายุ 19 วัน มีน้ำหนัก 1,830 กรัม เพิ่มขึ้นจากแรกเกิด 280 กรัม ทารกรายที่ 2 มีน้ำหนักเท่ากับแรกเกิดในวันที่ 4 ผิดทักษะการดูดนมแม่จากเต้า ร่วมกับทำ kangaroo mother care ทารกดูดนมแม่ได้ดี และจำหน่ายกลับบ้าน เมื่ออายุ 7 วัน มีน้ำหนัก 1,810 กรัม เพิ่มขึ้นจากแรกเกิด 170 กรัม

5) มารดาบิดาไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ เป้าหมายของการพยาบาล คือ มารดาบิดาสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ และมีส่วนร่วมในการดูแลทารก ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย พูดคุยกับมารดาบิดาของทารก เพื่อสร้างสัมพันธภาพและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเกิดก่อนกำหนด และปัญหาสุขภาพที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต การดูแลรักษา และการเฝ้าระวังติดตาม มารดาของทารกชายที่ 1 เป็นชาวพม่ามีข้อจำกัดในการสื่อสาร ได้พูดคุยโดยให้บิดาเป็นล่ามสื่อสารข้อมูลให้มารดาเข้าใจ และรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสอบถามความต้องการและความคาดหวังจากมารดาของทารกทั้ง 2 ราย เพื่อจัดกิจกรรมตอบสนองได้สอดคล้องกับความต้องการ ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา ส่งเสริมให้มารดาบิดามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา ให้คำแนะนำมารดาบิดามีส่วนร่วมในการดูแล ตลอดจนดูแลประคับประคองด้านจิตใจ ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือ การประเมินผล มารดาของทารกชายที่ 1 มีประสบการณ์เคยสูญเสียบุตร และมีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสารกับทีมสุขภาพ จึงมีความเครียดมากกว่ามารดาของทารกชายที่ 2 หลังจากได้รับการดูแลประคับประคองจิตใจจากสามี และทีมสุขภาพ มารดาของทารกทั้ง 2 รายสามารถปรับตัวได้ และเมื่อย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด มารดามีส่วนร่วมดูแลและอยู่เฝ้าทารก ส่วนบิดาของทารกทั้ง 2 ราย มาเยี่ยมทารกสม่ำเสมอ

6) มารดาบิดายังไม่มีความพร้อมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด เป้าหมายของการพยาบาล คือ มารดาบิดามีความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลทารกต่อเนื่องที่บ้าน และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย ค้นหาผู้ดูแลหลักและผู้ช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอบถามความต้องการ สนับสนุนและช่วยเหลือให้มารดาได้อยู่เฝ้าบุตรที่โรงพยาบาลโดยให้นอนในห้องพักของมารดา ให้ข้อมูล ผิดทักษะการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด และเรียนรู้พฤติกรรมตอบสนองของทารกขณะเข้ามามีส่วนร่วมดูแล ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย ทบทวนข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน การ

ติดตามประเมินการเจริญเติบโตและส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบพาทารกมาพบแพทย์ การมาตรวจคัดกรองการได้ยินและคัดกรองโรคจอประสาทตาผิดปกติในทารกเกิดก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity; ROP) และติดตามการรักษาและพัฒนาการตามนัดเมื่ออายุครบ 1 เดือน ทารกทั้ง 2 ราย มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก และมีปู่กับย่าเป็นผู้ช่วยเหลือ การประเมินผล มารดาของทารกทั้ง 2 รายสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีความพร้อมสามารถเลี้ยงดูทารกต่อเนื่องที่บ้านได้ ทารกรายที่ 1 นัดมารับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีที่ 2 เมื่ออายุครบ 1 เดือน เนื่องจากมารดาเป็นพาหะ ส่วนทารกชายที่ 2 นัดมารับวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีเมื่อมีน้ำหนัก 2,000 กรัม

สรุปผลการศึกษา

1. สรุปผลเชิงปริมาณ เป็นผลสำเร็จของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลกรณีศึกษาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากจำนวน 2 ราย สรุปกรณีศึกษาได้ดังนี้

ทารกทั้ง 2 รายเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการผ่าตัดคลอดเนื่องจาก fetal distress ทารกรายที่ 1 เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 1,550 กรัม มีคะแนน APGAR เท่ากับ 6, 8, และ 9 ที่ 1 นาที 5 นาที และ 10 นาที ตามลำดับ ประเมินอายุครรภ์ทารกด้วยวิธีบาลลาร์ด เท่ากับ 35+ สัปดาห์ ที่อายุ 12 นาที ทารกหายใจหอบ มี marked subcostal retraction แพทย์ตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 3 ลึก 7 เซนติเมตร และย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต การวินิจฉัยครั้งแรก คือ มีภาวะหายใจลำบาก จากปัจจัยเกิดก่อนกำหนด และมีภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด ทารกรายที่ 2 เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 1,640 กรัม มีคะแนน APGAR เท่ากับ ทารกรายที่ 1 คือ 6, 8, และ 9 ที่ 1 นาที 5 นาที และ 10 นาที ตามลำดับ ประเมินอายุครรภ์ทารกด้วยวิธีบาลลาร์ด เท่ากับ 34 สัปดาห์ ที่อายุ 20 นาที ทารกหายใจหอบมากขึ้น อัตราการหายใจ 70 ครั้ง/นาที มี marked subcostal retraction, nasal flaring แพทย์ตัดสินใจใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 3 ลึก 7.5 เซนติเมตร และย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต การวินิจฉัยครั้งแรก คือ มีภาวะหายใจลำบาก จากปัจจัยเกิดก่อนกำหนด และมีภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิด เช่นเดียวกับทารกชายที่ 1 จากการรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน นำข้อมูลทั้งหมด

มาวิเคราะห์ แปลความหมาย สรุปข้อมูลภาวะสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของทารกและครอบครัว กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล พบว่าทารกทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลเหมือนกันจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) หายใจลำบากจากการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 2) อุณหภูมิร่างกายต่ำ 3) ติดเชื้อที่ระบบหายใจส่วนล่าง 4) ได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย 5) มารดาบิดาไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ และ 6) มารดาบิดายังไม่มีความพร้อมในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด ทารกทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้นตามลำดับ ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่าทุกปัญหาได้รับการแก้ไข และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ทารกรายที่ 1 มีภาวะปอดอักเสบแต่กำเนิดรุนแรงมากกว่า ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานกว่า และได้รับยาปฏิชีวนะนานกว่าทารกที่ 2 จำนวน 7 วัน อีกทั้งทารกนี้ยังดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอกับความต้องการต้องส่งปรึกษาที่คลินิกนมแม่ ทำให้ใช้ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า สรุปจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของทารกที่ 1 และ 2 เท่ากับ 19 วัน และ 7 วัน ตามลำดับ น้ำหนักก่อนจำหน่ายของทารกที่ 1 และ 2 เท่ากับ 1,840 กรัม และ 1,810 กรัม ตามลำดับ

2. สรุปผลเชิงคุณภาพ ในการให้การพยาบาลมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยพบว่าส่งผลให้ทารกได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ ทารกมีความปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ มารดาบิดาของทารกพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ไม่เกิดข้อร้องเรียน ลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วิจารณ์กรณีศึกษา

ทารกที่ 1 และ 2 ประเมินอายุครรภ์ด้วยวิธีบาลาร์ดคะแนนอายุครรภ์ทารกเท่ากับ 35+ และ 34 สัปดาห์ ตามลำดับ จัดเป็นกลุ่มทารกเกิดก่อนกำหนดเล็กน้อย (late preterm infant)¹² ซึ่งได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากลักษณะภายนอก การปรับตัวหรือการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายหลังเกิดที่ใกล้เคียงกับทารกเกิดครบกำหนด แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันพบว่าทารกกลุ่มนี้มีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตหลังเกิดสูงกว่าทารกเกิดครบกำหนด ปัญหาด้านสุขภาพหลังเกิดที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทารกทั้ง 2 รายพบภาวะหายใจลำบาก (respiratory

distress) ตั้งแต่แรกเกิด มีอาการเปลี่ยนแปลงจากระดับความรุนแรงน้อยไปสู่ความรุนแรงที่มากขึ้น ทารกมีอาการหายใจลำบาก มี subcostal retraction, nasal flaring และมีการเขียว ต้องได้รับการช่วยหายใจด้วยออกซิเจนใช้ CPAP และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในที่สุด

ภาวะหายใจลำบากสามารถเกิดได้ทันทีภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังเกิด⁵ ขั้นตอนในกระบวนการพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินอาการทางคลินิกของภาวะหายใจลำบากที่ถูกต้อง และรวดเร็ว เพื่อวินิจฉัยปัญหา และวางแผนเตรียมความพร้อม และปฏิบัติการพยาบาลอย่างทันทั่วที่ เหมาะสมกับระดับความรุนแรง โดยมีสิ่งสำคัญที่ต้องประเมิน คือ อัตราการหายใจ แรงที่ใช้ในการหายใจ ความต้องการใช้ออกซิเจน ค่า SpO₂ และผลการตรวจก๊าซในเลือด⁵ นอกจากนี้ยังต้องมีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปัจจัยส่งเสริมภาวะหายใจลำบาก คือ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ซึ่งพบในทารกทั้ง 2 ราย เมื่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ จะส่งผลให้ขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากร่างกายต้องใช้ออกซิเจนและพลังงานในการสร้างความร้อนเพื่อเพิ่มอุณหภูมิร่างกาย¹³ ดังนั้นจึงต้องมีการลดอัตราการใช้ออกซิเจนของทารก โดยการควบคุมอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับทารกทั้ง 2 ราย โดยให้อยู่ระหว่าง 32.8-33.8 องศาเซลเซียส และควบคุมอุณหภูมิร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพให้อยู่ระหว่าง 36.5 ถึง 37.5 องศาเซลเซียส² มีการประเมินผลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาล เป็นวงจรต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือทารกให้ปลอดภัย และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

การนำไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษานำไปพัฒนาต่อเป็นมาตรฐานการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก เป็นคู่มือสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้แทนใช้ นิเทศทางคลินิก เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก

ข้อเสนอแนะ

ความสำคัญของการพยาบาลทารกเกิดก่อนกำหนดคือ การประเมินอาการทางคลินิกของภาวะหายใจลำบาก จึงควรมีการทบทวน และนำเครื่องมือประเมินภาวะหายใจลำบากในทารกแรกเกิด เช่น Silverman-Anderson index, Downe's scoring system เป็นต้น

มาใช้ในการประเมินทารก และต่อยอดเป็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Pirunnet T. Approach to respiratory emergency in neonates. In: Punnahitanon S, Ngerncham S, Limrungsikul A, Tongsawang N. editors. **Critical condition in neonates**. Bangkok: Active Print; 2016. p. 327-358.
2. Chankao C. **Neonatal nursing**. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2017.
3. Reuter S, Moser C, Baack M. Respiratory distress in the newborn. **Pediatric in review** [Internet]. 2014 Oct [cited 2021 Sep 8]; 35(10): 417-429. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1542/pir.35-10-417>
4. Kiatchoosakun P. Approach to respiratory distress in neonates. In: Punnahitanon S. editors. **Practical approaches for neonatal problems**. Bangkok: Active Print; 2015. p. 167-181.
5. Tongsawang N. Assessment of respiratory distress in neonates. In: Punnahitanon S. editors. **Practical approaches for neonatal problems**. Bangkok: Active Print; 2015. p. 216-227.
6. Punthasee P. **Nursing process & functional health pattern: application in clinical practice**. 22nd ed. Samut Prakan: Faculty of Nursing Hauchiew Chalermprakiet University; 2021
7. Swatesutipun B. Blood gases interpretation. In: Khositseth A, Poomthavorn P, Limrungsikul A, Pongmee P, Anantasit N. editors. **Ramathibodi handbook of PICU & NICU**. Bangkok: Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2018. p. 180-182.
8. Wongsamun C, Shokebumroong K. **Laboratory and Nursing Examinations**. 21th ed. Khon Kaen: Khon Kaen Printing; 2015.
9. Nuntnarumit P. Hyperbilirubinemia. In: Khositseth A, Poomthavorn P, Limrungsikul A, Pongmee P, Anantasit N. editors. **Ramathibodi handbook of PICU & NICU**. Bangkok: Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2018. p. 143-145.
10. Jirapaet K. Thermal care of the neonates. In: Punnahitanon S. editors. **Smart practical in neonatal care**. Bangkok: Active Print; 2020. p. 361-385.
11. Pirunnet T. Feeding practices in preterm infants. In: Punnahitanon S. editors. **Practical points and updates in neonatal care**. Bangkok: Active Print; 2019. p. 275-308.
12. Karnati A, Kollikonda S, Abu-Shaweesh J. Late preterm infants - changing trends and continuing challenges. **International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine [Internet]**. 2020 [cited 2021 Sep 8]; 7(1): 38-46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2020.02.006>
13. Varolan V. Nursing care for respiratory distress in newborn. In: Punnahitanon S. editors. **Practical approaches for neonatal problems**. Bangkok: Active Print; 2015. p. 236-241.

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง : กรณีศึกษา

อภิญญา รองเมือง พย.ม.*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลังที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง ศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดยใช้แบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลและวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพโดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง ซึ่งได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจขณะอยู่ที่บ้าน คล้ายคลึงกันทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน 2) มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 3) เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 4) มีภาวะขาดสารอาหาร 5) พัฒนาการล่าช้า 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอ 7) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่ถูกต้อง ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกันมี 1 ข้อ ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูก ซึ่งพบในผู้ป่วยรายที่ 2 ผลลัพธ์การพยาบาลพบว่า ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขและวางแผนดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น และจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ กระบวนการพยาบาล โรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง ผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care for Pediatric Patients with Spinal Muscular Atrophy: Case Study

Apinya Rongmuang M.N.S*

Abstract

Pediatric patients with spinal muscular atrophy (SMA) using a ventilator at home are considered having a chronic disease requiring ongoing care to prevent possible complications. The purpose of this study was to study the implementation of nursing process in pediatric patients with SMA. The study was conducted in 2 patients with SMA using a ventilator at home and admitted to the Pediatric Ward at Khon Kaen Hospital. Data were collected from medical records and interviews with caregivers using Marjorie Gordon's 11 functional health patterns. Nursing practice and health status data were analyzed using a 5-step nursing process. The results showed that there were 7 similar nursing diagnoses of nursing care in pediatric patients with SMA using a ventilator as follows: 1) risk of respiratory distress, 2) having respiratory tract infection, 3) having fluid and electrolyte imbalance, 4) having malnutrition, 5) having delay development, 6) risk of complications from tracheostomy tube, 7) incompetence of caregivers in caring for pediatric patients with SMA. One different nursing diagnosis was discomfort due to constipation which was found in patient 2. Nursing outcomes showed that all problems were resolved, and ongoing care was planned. Both pediatric patients recovered well and were discharged from the hospital.

Keywords: Nursing process, spinal muscular atrophy, ventilated pediatric patients at home

* Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง (Spinal Muscular Atrophy: SMA) เป็นหนึ่งในโรคที่พบได้น้อยซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรมในยีนด้อย ทำให้เซลล์ประสาทสั่งการค่อยๆ สูญเสียการส่งสัญญาณจากไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของตัวผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้อติด ความสามารถรับประทานอาหารลดลง บางรายมีอาการหายใจลำบาก ร่วมกับ อุบัติการณ์โรค SMA ทั่วโลก พบว่ามีอัตรา 1 ต่อ 6,000 – 10,000 คน อัตราการเกิดโรคในเด็กแรกเกิดอยู่ที่ 1 ต่อ 3,000 – 6,000 คน ในปัจจุบันประเทศไทยพบผู้ป่วยโรค SMA ประมาณ 200 คน¹ โรค SMA แม้จะมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ แต่มีผลกระทบเกิดขึ้นทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม อีกทั้งยังเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในทารกและเด็กเล็ก หากไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที³

การดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรค SMA นั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและอายุที่เริ่มแสดงอาการ ซึ่งก่อให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว การคลาน ลูกนั่ง การเดิน จากการมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สูญเสียการควบคุมของกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ปัจจุบันอาศัยการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ อาการของโรค SMA จะแสดงออกอย่างค่อยเป็นค่อยไป ตั้งแต่เด็ก และแย่งเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น หากอาการเป็นมากจะไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนและการหายใจ ทำให้ไม่สามารถกำจัดเสมหะได้ และอาจเกิดการสำลัก และปอดอักเสบติดเชื้อตามมา รวมทั้งไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะท้ายๆ ของโรค⁴ พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุมองค์รวมตามความรุนแรงของโรคทั้งในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รวมทั้งประสานการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ สามารถกลับไปสู่ครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ

จากข้อมูลสถิติบริการกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ย้อนหลัง 10 ปี พบว่า มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยโรค SMA เพียง 8 ราย² ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีภาวะเจ็บป่วยไม่สามารถหายใจเองได้ ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมา กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ได้จัดทำโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน⁵ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 ซึ่งผลการดำเนินงาน พบว่า

ผู้ป่วยกลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านได้ เกิดการเสริมพลังให้สถานบริการใกล้บ้าน ชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี มีช่องทางการสื่อสารชัดเจน เมื่อผู้ดูแลและครอบครัวมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแล ลดเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในภาพรวมลดลง⁶ แต่การที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านเป็นระยะเวลายาวนาน อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความปลอดภัย จึงสนใจศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรค SMA เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรค SMA และได้รับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจขณะอยู่ที่บ้าน ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 2 ราย ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกในเวชระเบียน 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลการประเมินสถานะผู้ป่วยใช้ตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน⁷ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการพยาบาล นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ผลการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี

ทรวงอก อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม และแผนการ

รักษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ อายุ	เพศชาย อายุ 6 ปี	เพศชาย อายุ 11 ปี
ระยะเวลาอนรักษา ในโรงพยาบาล	16 วัน (22 ธ.ค.63 ถึง 7 ม.ค. 64)	45 วัน (29 ต.ค. 64 ถึง 13 ธ.ค. 64)
การวินิจฉัยโรค	SMA with Pneumonia due to Hemophilus influenzae with Ventilator dependent with Tracheostomy tube	SMA with Aspirate Pneumonia with Ventilator dependent with Tracheostomy tube
อาการสำคัญ	ไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจหอบ 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล	หายใจหอบ เหนื่อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน	2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ มีน้ำมูก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เครื่องช่วยหายใจไม่ทำงาน และมีหายใจหอบ ไข้ ไอมีเสียงเสมหะ เจ็บคอ ไม่มีสعالัก รับประทานได้น้อย สัมผัสกับเด็กที่มีอาการไข้หวัด จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น	1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เครื่องช่วยหายใจไม่ทำงาน มีหายใจหอบ เหนื่อย ไม่มีไข้ ไม่มีไอ มีสาลักนม 1 ครั้ง จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่น
ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต	แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค SMA และ on tracheostomy เมื่ออายุ 2 ปี	แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค SMA และ on tracheostomy เมื่ออายุ 6 ปี
ประวัติการได้รับ วัคซีน	ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์	ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์
ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นกล้ามเนื้ออ่อนแรง	ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นกล้ามเนื้ออ่อนแรง
ประวัติแพ้ยา/อาหาร	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	- ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) : Hct 32.8 vol%, Hb 11.1 g/dL, WBC 31700 10 ³ /ul, plt. 548 10 ³ /ul, N 73.9 %, L18.3 % - ผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (ABG): pH 7.51-7.59, pO ₂ 114.2-141.2 mmHg, pCO ₂ 17.4-19.5 mmHg, HCO ₃ 13.7-18.4 mmol/L - Rapid test for Influenza: Negative - Hemo culture: no growth - Sputum culture: Numerous H. influenza	- CBC: Hct 43.8 vol%, Hb 15 g/dL, WBC 19000 10 ³ /ul, plt. 390 10 ³ /ul, N 74.7 %, L19.2 % - ABG: pH 7.41-7.44, pO ₂ 104.3-141.2 mmHg, pCO ₂ 35.9-40.3 mmHg, HCO ₃ 20.6-24.5 mmol/L - Electrolyte: Na 133-136 mEq/L, K 3.7-5.1 mEq/L, Cl 99-103 mEq/L, CO ₂ 16.5-23 mEq/L, BUN 15mg/dL, Cr 0.18 mg/dL - Hemo culture: no growth - Sputum culture : Few Pseudomonas aeruginosa
ภาพถ่ายรังสีทรวงอก	พบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาว (infiltration) ที่ปอดด้านบนทั้ง 2 ข้าง	พบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่งแบบฝ้าขาว (infiltration) ที่ปอดข้างซ้าย
อาการและอาการ แสดงแรกเริ่ม	หายใจหอบ มีไข้สูง ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดัน ตรวจร่างกาย Creptitation both lung, อุณหภูมิกาย 39.2	หายใจหอบ มีไข้ ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดัน ตรวจร่างกาย Creptitation both lung, อุณหภูมิกาย 38.7

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แผนการรักษา	°C, HR 126 beat/min, RR 50-52 beat/min, BP103/87 mmHg, SpO₂ 95-96 % - ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดัน PSV mode RR 20 IPAP 20 EPAP 15 Ti 0.6 FiO₂ 0.4 - Ventolin 1 NB + NSS up to 4 ml NB. ทุก 6 hr. - 5%D/N/2 1000 ml IV. drip 50 ml/hr - Paracetamol syr. 1.5 ชช. oral p.r.n. ทุก 4- 6 hr. - Ceftazidime 360 mg IV ทุก 8 hr. (22 - 26 ธ.ค. 63) - Augmentin syr. 1 tsp. oral b.i.d. pc (26 ธ.ค. 63 - 5 ม.ค. 64) - BD 100 ml x 4 feed NG (23 - 24 ธ.ค. 63) - Soft Diet (25 ธ.ค. 63 - 7 ม.ค. 64) - Folic acid 1 tab oral o.d. pc - MTV syr. 1 ml oral b.i.d. pc - Budesonide 1 puff b.i.d. via spacer ทุก 12 hr. - เปลี่ยน Portex tube - Refer back รพช. และประสานงานศูนย์ส่งต่อ	°C, HR 116 beat/min, RR 50-52 beat/min, BP113/84 mmHg, SpO₂ 95-96 % - ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยความดัน PSV mode RR 20 IPAP 20 EPAP 15 PEEP 5 Ti 0.5 FiO₂ 0.4 - Ventolin 1 NB + NSS up to 4 ml NB. ทุก 6 hr. - 5%D/NSS 1000 ml IV. drip 55 ml/hr - Ceftriaxone 550 mg IV. drip o.d. (29-31 ต.ค. 64) - Ceftazidime 700 mg IV. drip q. 8 hr. (1-7 พ.ย. 64) - Amikin 700 mg IV. drip o.d. (1-7 พ.ย. 64) - BD 100 ml x 4 feed NG - Lactulose 15 ml oral o.d. h.s. - MOM 15 ml oral o.d. h.s. - เปลี่ยน Portex tube - Refer back รพช. และประสานงานศูนย์ส่งต่อ

2. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁷ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะเจ็บป่วย มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านและได้รับการเจาะคอเมื่ออายุ 2 ปี ระยะแรกมีอาการหอบเหนื่อย มีไข้สูง	ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีภาวะเจ็บป่วย มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรง ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านและได้รับการเจาะคอเมื่ออายุ 6 ปี ระยะแรกมีอาการหอบเหนื่อย ไม่มีไข้ ไม่ไอ มีสعالัน 1 ครั้ง
โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 16 กก. ส่วนสูง 98 ซม. มีน้ำหนักและส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์อายุ มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 ได้รับอาหารทางสายยางหลังจากนั้นอาการดีขึ้นสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้	น้ำหนัก 15.3 กก. ส่วนสูง 121 ซม. มีน้ำหนักและส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์อายุ มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 3 ผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง
การขับถ่าย	สามารถปัสสาวะ อุจจาระได้เอง	สามารถปัสสาวะได้เอง ในระยะแรกมีอาการท้องผูก หลังจากได้รับยาระบาย ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้

แบบแผนการประเมิน ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
กิจวัตรประจำวันและการ ออกกำลังกาย	แขนขาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ (motor power) แขนทั้งสองข้าง ระดับ 3 และขาทั้งสองข้าง ระดับ 2 ไม่สามารถถุ่ตัวเองได้ ไม่สามารถวาดรูปได้ จับวัตถุได้ พูดสื่อสารได้ เข้าใจ และบอกสิ่งที่ต้องการได้ มารดาต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	แขนขาอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ (motor power) แขนทั้งสองข้าง ระดับ 3 และขาทั้งสองข้าง ระดับ 1 ไม่สามารถถุ่ตัวเองได้ ไม่สามารถวาดรูปได้ จับวัตถุไม่ได้ พูดสื่อสารได้ เข้าใจ และบอกสิ่งที่ต้องการได้ มารดาต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับ วันละ 8-10 ชม.	นอนหลับ วันละ 8-10 ชม.
สติปัญญาและการรับรู้	รู้สึกตัวดี อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้	รู้สึกตัวดี อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้
การรับรู้ตนเอง และ อัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย มารดาต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน	ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย มารดาต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน
บทบาทและสัมพันธภาพ	ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยาย มารดาอายุ 30 ปี ไม่มีอาชีพและกำลังตั้งครรถ์ 22 สัปดาห์ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเดียวของสามี คนแรก สามีคนปัจจุบัน 35 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้ประมาณ 8,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่บ้านยายซึ่งมีอายุ 58 ปี ฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย	ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นครอบครัวขยาย ผู้ป่วยเป็นบุตรแรก มารดาอายุ 33 ปี ไม่มีอาชีพ สามีอายุ 33 ปี อาชีพรับจ้างทั่วไป ทำงานที่ต่างจังหวัด รายได้ประมาณ 9,000 บาทต่อเดือน อาศัยอยู่บ้านยายซึ่งมีอายุ 60 ปี ฐานะทางเศรษฐกิจพอใช้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ขณะอยู่โรงพยาบาลมารดาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย
เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่พบความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์	ไม่พบความผิดปกติใดๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์
การปรับตัวและการเผชิญ กับความเครียด	ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เนื่องจากมีความรู้และทักษะ เรื่องการดูแลเครื่องช่วยหายใจ ไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน	ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เนื่องจากมีความรู้และทักษะ เรื่องการดูแลเครื่องช่วยหายใจ ไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
คุณค่าและความเชื่อ	ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	ครอบครัวของผู้ป่วยมีความเชื่อและปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ

3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

นำข้อมูลทั้งหมดจากการประเมินสภาวะผู้ป่วยมาวิเคราะห์ แปลความหมาย สรุปข้อมูลภาวะสุขภาพ ปัญหา

สุขภาพของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจัดลำดับความสำคัญ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	✓	✓
2.มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ	✓	✓
3.มีภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์อายุ	✓	✓
4.เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง	✓	✓
5.ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูก	-	✓

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6.พัฒนาการล่าช้า เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค SMA และการเจ็บป่วยเรื้อรัง	✓	✓
7.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอ	✓	✓
8.ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากเนื่องจากมีความรู้ และทักษะไม่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน	✓	✓

4. การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อฝ่อจากไขสันหลัง ให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูและระยะวางแผนจำหน่าย ในแต่ละระยะ มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลรายละเอียดดังนี้

การพยาบาลระยะวิกฤต

1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ปอดมีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ ค่าออกซิเจนในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 95% และไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ดูแลการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา จัดทำนอนศีรษะสูง จัดศีรษะให้อยู่กึ่งกลางของลำตัวและคอแขวนเล็กน้อย เปลี่ยนท่านอนทุก 2-3 ชั่วโมง จัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ ประเมินอาการของภาวะหายใจลำบาก ได้แก่ หายใจเร็ว ปีกจมูกบาน หายใจออกมีเสียงคราง มีการตั้งรับของกล้ามเนื้อหน้าอกและเขียว ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพถ่ายรังสีทรวงอก ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงของยา

การประเมินผล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีค่าออกซิเจนในเลือดอยู่ระหว่าง 95-96% ไม่มีอาการหายใจหอบ ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว

2) มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับการช่วยหายใจ และออกซิเจนตามแผนการรักษา ทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อระบายเสมหะ จัดทำนอนศีรษะสูงป้องกันการสำลัก ทำความสะอาดช่องปากและฟันทุกครั้งหลังให้อาหาร ติดตามค่าออกซิเจนในเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีทรวงอก ใหยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและติดตามผลข้างเคียงของยา

ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือตาม 5 ข้อบังคับอย่างเคร่งครัด ติดตามอาการทางคลินิกของการติดเชื้อ เช่น อุณหภูมิไม่สม่ำเสมอ หายใจลำบาก รับอาหารไม่ได้ เป็นต้น ทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่ใช้กับผู้ป่วยโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

การประเมินผล การประเมินผลผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะปอดอักเสบจากเชื้อใช้หัวใจใหญ่ ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลา 10 วัน ไม่พบการติดเชื้อเพิ่มที่ระบบอื่น ส่วนผู้ป่วยที่ 2 มีภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลา 7 วัน และไม่พบการติดเชื้อที่ระบบอื่น ๆ

3) เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เป้าหมายของการพยาบาล คือ มีความสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ให้สารน้ำสารอาหารทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา สังเกตและบันทึกอาการของภาวะขาดสารน้ำ เช่น ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง ซิฟเร็ว เป็นต้น เมื่อพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกของเด็กเพื่อประเมินการขาดน้ำของเด็ก และติดตามน้ำหนักทุกวัน

การประเมินผล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับสารน้ำสารอาหารครบตามแผนการรักษา ไม่มีภาวะขาดสารน้ำ

ระยะฟื้นฟู

4) มีภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์อายุ

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการปกติ น้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์อายุเฉลี่ย 3-3.5 กก./ปี⁸

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ส่งเสริมและกระตุ้นให้เด็กได้รับอาหารตามแผนการรักษา สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ คลื่นไส้

อาเจียน อาการท้องอืด การสำลัก บันทึกลับปริมาณสารน้ำเข้าออกของเด็กเพื่อประเมินการขาดน้ำของเด็ก และติดตามน้ำหนักทุกวัน ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยให้แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ วันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน ประเมินการเจริญเติบโตของเด็กโดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พร้อมทั้งแปลผล ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ให้คำแนะนำการบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ ส่งเสริมให้มีอาหารเสริมระหว่างมื้อพิจารณาให้ได้รับวิตามินเสริม ติดตามการเจริญเติบโตทุก 3 เดือนพร้อมทั้งดูแลแนวโน้มการเจริญเติบโต

การประเมินผล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับสารอาหารครบตามแผนการรักษา ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะขาดสารอาหารรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1

5) ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูก

เป้าหมายของการพยาบาล คือ เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายได้ตามปกติ

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเมินภาวะท้องผูกและการขับถ่าย อุจจาระ บันทึกลักษณะและระยะเวลาในการขับถ่าย อุจจาระ ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา กระตุ้นให้เด็กได้รับอาหารและน้ำตามแผนการรักษา กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย ฟังเสียง Bowel sound วันละ 1-2 ครั้ง (เช้า-เย็น) ให้ยาระบายตามแผนการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 ขับถ่ายปกติ ไม่มีภาวะท้องผูก เสียง Bowel sound ปกติ ไม่ได้ใช้ยาระบาย ผู้ป่วยรายที่ 2 ขับถ่ายปกติ ไม่มีภาวะท้องผูก แต่ต้องใช้ยาระบายและกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้น เสียง Bowel sound ปกติ

6) มีพัฒนาการช้าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค SMA และการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามวัย

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ประเมินพัฒนาการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้านของเด็กและกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการเหมาะสม แนะนำให้ผู้ดูแลคอยดูแล ให้กำลังใจเด็กเพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น จัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการให้เหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วยและระดับพัฒนาการที่เป็นอยู่ การฟื้นฟูกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แนะนำกระตุ้นให้เด็กอารมณ์ดี หัวเราะ โดยการพูดคุย

ล้อ ให้เด็กรู้สึกสนุกและหัวเราะเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษา แนะนำวิธีการฝึกให้เด็กรับรู้เกี่ยวกับการพูด การเลียนแบบเสียง โดยการพูดคุยกับเด็กหลากหลายเสียง ยิ้ม และมองหน้าเด็กทุกครั้ง เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านการเข้าใจและการใช้ภาษา ดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง ประเมินความเสี่ยงหรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น เช่น การพลัดตก หกล้ม

ประเมินผล ผู้ป่วยรายที่ 1 มีแขนขาอ่อนแรง motor power แขนทั้งสองข้าง ระดับ 3 และขาทั้งสองข้าง ระดับ 2 ไม่สามารถลุกนั่งเองได้ ไม่สามารถวาดรูปได้ จับวัตถุได้ พูดสื่อสารได้เข้าใจ และบอกสิ่งที่ต้องการได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 มีแขนขาอ่อนแรง motor power แขนทั้งสองข้าง ระดับ 3 และขาทั้งสองข้าง ระดับ 1 ลุกนั่งไม่ได้ ไม่สามารถวาดรูปได้ จับวัตถุไม่ได้ พูดสื่อสารได้เข้าใจ และบอกสิ่งที่ต้องการได้บ้าง ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ระยะวางแผนจำหน่าย

7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอ

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อของแผลเจาะคอ และภาวะแทรกซ้อน เช่น เสมหะอุดตัน ท่อเจาะคอเลื่อนหลุด

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ประเมินลักษณะท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) ได้แก่ ขนาด ตำแหน่ง แผลเจาะคอ ลักษณะการหายใจ ลักษณะเสมหะ สัญญาณชีพ และติดตามค่าออกซิเจนในเลือด ทำความสะอาดแผลเจาะคอ วันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อสกปรก ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา จัดท่านอนศีรษะสูง ดูดเสมหะทุก 2-4 ชม.หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลท่อเจาะคอ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้แก่ การทำแผลท่อเจาะคอ การผูกเชือกที่ถูกต้อง การทำความสะอาดท่อเจาะคอ การเปลี่ยนท่อเจาะคอทุก 3 เดือนที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการช่วยเหลือเมื่อท่อเจาะคอเลื่อนหลุด การสอนและฝึกทักษะผู้ดูแลในการใช้อุปกรณ์

การประเมินผล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีการติดเชื้อที่แผลเจาะคอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะการใช้อุปกรณ์ในการดูแลท่อเจาะคอได้อย่างถูกต้อง

8) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่ถูกต้อง ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เป้าหมายของการพยาบาล คือ ผู้ดูแลหลักมีความพร้อมและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยเฉพาะเรื่องการดูแลเครื่องช่วยหายใจ และลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย ค้นหาผู้ดูแลหลักและผู้ช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้านจำนวน 2 คน สร้างสัมพันธภาพและประเมินความรู้ความสามารถผู้ดูแล ความต้องการการช่วยเหลือ รวมถึงประเมินพฤติกรรมตามแผนการรักษาสันับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลขณะอยู่เผ้าบุตรที่โรงพยาบาล ให้ข้อมูลเรื่องโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การรับประทานยา การปฏิบัติตัวที่บ้าน การตรวจตามนัดและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทบพวนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแล โดยเฉพาะการดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การสังเกตเสียงและสัญลักษณ์การเตือนของเครื่องช่วยหายใจ การแก้ไขเบื้องต้นเมื่อมีเสียงร้องเตือน การต่อชุดวงจรเครื่องช่วยหายใจได้ถูกต้อง การตรวจสอบการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจ โดยประเมินจากการหายใจของผู้ป่วย และค่าที่อ่านได้จากหน้าจอเครื่องช่วยหายใจ การทำความสะอาดชุดวงจรแล้วผึ่งลมให้แห้ง การส่ง sterile ob-gas set เครื่องช่วยหายใจ เดือนละ ๑ ครั้ง ที่หน่วยอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น การติดต่อเจ้าหน้าที่เมื่อพบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจมีปัญหา การติดตามประเมินการเจริญเติบโตและส่งเสริมพัฒนาการ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การประสานส่งต่อข้อมูลแก่ชุมชนเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายโดยประเมิน Home program 5 พร้อม ได้แก่ ผู้ป่วยพร้อม care giver พร้อม เครื่องมืออุปกรณ์พร้อม บ้านพร้อมและสถานพยาบาลใกล้บ้านพร้อม^๖ เบิกอุปกรณ์ที่ต้องใช้ที่บ้าน

ประเมินผล ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก และมียายเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในระยะเวลา 1 ปี 6 เดือน ผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำในระยะเวลา 6 เดือน ผู้ดูแลหลักมีสมรรถนะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน การประเมินความรู้ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 86 และผ่านการประเมินทักษะปฏิบัติในระดับดีมาก

อภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบ และเครื่องช่วยหายใจไม่ทำงาน มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง SMA ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน และเจาะคอ (tracheostomy tube) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นปอดอักเสบ แต่มีสาเหตุที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยรายที่ 1 เกิดจากการติดเชื้อไขหวัดใหญ่ ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เกิดจากการสำลัก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนและการหายใจ ทำให้ไม่สามารถกำจัดเสมหะได้ อาจเกิดการสำลัก และปอดอักเสบติดเชื้อตามมา^{4,5,6} และยังพบข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค SMA ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน คล้ายคลึงกันทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน 2) มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 3) เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 4) มีภาวะขาดสารอาหาร 5) พัฒนาการล่าช้า 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจาะคอ 7) ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเนื่องจากมีความรู้และทักษะไม่ถูกต้อง ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน 1 ข้อ ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูกซึ่งพบในผู้ป่วยรายที่ 2 ขั้นตอนในกระบวนการพยาบาลที่สำคัญคือการประเมินอาการทางคลินิกที่ถูกต้อง และรวดเร็ว เพื่อวินิจฉัยปัญหา วางแผนเตรียมความพร้อมและปฏิบัติการพยาบาลอย่างทันทั่วที่ เหมาะสมกับระดับความรุนแรง รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยรายที่ 2 จะมีอาการรุนแรงกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 ตามพยาธิสภาพของโรค และผู้ป่วยรายที่ 2 มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 เนื่องจากต้องรอเครื่องช่วยหายใจที่จะนำกลับไปใช้ที่บ้าน เพราะเมื่อเครื่องช่วยหายใจชำรุดจะมีขั้นตอนในการซ่อมยาวนาน โดยการนำผู้ป่วยกลับไปใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน จึงต้องการเตรียมการให้มีความพร้อมทุกด้าน สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน วางแผนจำหน่ายโดยประเมิน Home program 5 พร้อม ได้แก่ ผู้ป่วยพร้อม care giver พร้อม เครื่องมืออุปกรณ์พร้อม บ้านพร้อมและสถานพยาบาลใกล้บ้านพร้อม^๖ นอกจากนี้ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องทบทวนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะปฏิบัติ ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนด รวมขั้นตอนที่สำคัญคือ สถานพยาบาลใกล้บ้านพร้อม ต้องมีการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน ถูกต้อง และครอบคลุม เพื่อให้มีการดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

สรุปผลการศึกษา

1. **ผลสำเร็จเชิงปริมาณ** เป็นผลสำเร็จของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค SMA ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านจำนวน 2 ราย ได้วางแผน ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็น 3 ระยะ สรุปจำนวนข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้งหมด 8 ข้อ ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ปัญหาทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขและวางแผนดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้น และจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

2. **ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ** มีการนำกระบวนการพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง มาใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค SMA ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ก่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ไม่มีข้อร้องเรียนลดจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาต่อเป็นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรค SMA ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก และจัดทำเป็นคู่มือสำหรับหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือผู้รับผิดชอบในเขตทางคลินิก เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Saenmaneechai O. Get to know "muscle weakness", a rare disease with holistic care. **Bangkok Business: Public health** [Internet]. 2022. [cited 2022 Feb 1] Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/social/985789>.
2. Information Technology Group in Khonkaen Hospital. **SMA Patient Statistics in Khonkaen Hospital**; 2550-2565.
3. Samitivej Hospital. "Musculoskeletal disease in children: SMA." **Health Choice** [Internet]. 2019. [cited 2022 Feb 1]

Available from:

www.healthchoicebysamitivej.com/

4. Wattanapha P. "SMA", the silent threat that kills children, is known quickly and can be cured quickly. **Bangkok Business: Public health** [Internet]. 2021. [cited 2022 Feb 1] Available from: https://www.bangkokbiznews.com/social/public_health/973459
5. Public Health Nursing Division. **Home health care guide**. Bangkok: Health Office of Bangkok; 2012.
6. Rongmuang A. Development of a Nursing Model for Care of Pediatric Ventilated Patients at Home at Khon Kaen Hospital. **Journal of Health and Environmental Education**. 2020; 5(3): 69-78.
7. Punthasee P. **Nursing process & functional health pattern: application in clinical practice**. 22nd ed. Samut Prakan: Faculty of Nursing Hauchiew Chalermpakiet University; 2021
8. Department of Health. **A Guide to Using the Growth Criteria for Children 6 - 19 Years Old**. Bangkok: Made with Heart Co.,Ltd.; 2012.
9. Khunthong T, Santati S and Karoonboonyanan W. Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guideline to Prevent Undesirable Outcomes in Caring for Children with Tracheostomy Tube at Home. **Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice**. 2020; 7(2): 5-24.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม : กรณีศึกษา

รัชนิกร มนูญศิลป์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

ต่อกระดูก เกิดจากการช่นของเลนส์แก้วตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัด ตามัว หรือตาบอดได้หากไม่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอาการ การสอบถาม และการศึกษาจากเวชระเบียน ผลการศึกษา พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นต่อกระดูกตาข้างขวา มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นต่อกระดูกตาข้างขวา มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียม การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาสูง เนื่องจากมีกระดูกตาบวมเล็กน้อยภายหลังการผ่าตัด และภายหลังจากการให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลและวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก DMETHOD พบว่า ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมผ่าตัด ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถดูแลตนเองและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : โรคต่อกระดูก ผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing Care Plan of Elderly Cataract Patients with Surgery and Co-morbidities: case study

Ratchaneekorn Manusilp*

Abstract

A cataract is caused by the clouding of the lens of the eye, which can lead to blurry vision or even blindness if it is not treated with intraocular lens implantation. The purpose of this study was to investigate the use of the nursing process in the nursing practice of two cataract elderly patients with co-morbidities receiving treatment in the Special Priest Ward 2, Khon Kaen Hospital. Data were collected by observing symptoms, inquiring, and studying medical records. The results showed that Case Study 1 was diagnosed with cataracts in the right eye and had congenital diseases, namely diabetes, high blood pressure and hyperlipidemia. Case Study 2 was diagnosed with cataracts in the right eye and had a congenital disease, which was diabetes mellitus. Both case studies underwent intraocular lens implantation. The pre- and post-operative nursing care was not different, except for Case Study 1 that was at risk of ocular hypertension because there was a slight corneal edema after surgery. After providing nursing care according to the nursing process and planning discharge using the DMETHOD principle, it was found that the patients and their relatives were relieved from anxiety and ready for surgery and cooperated in medical treatment. The patients were safe from complications and able to take care of themselves and return to appropriately live in the community.

Keywords: cataract, elderly patient, nursing care

**Registered nurse, Professional Level, Khon Kaen Hospital*

บทนำ

โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่เกิดจากการขุ่นของเลนส์แก้วตา ทำให้แสงไม่สามารถผ่านเข้าไปยังจอประสาทตาได้ ส่งผลให้การมองเห็นไม่ชัด ตามัว สายตาเลือนราง หรือตาบอดได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 โรคต้อกระจกจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะตาบอด คิดเป็น ร้อยละ 47.8 และร้อยละ 80 ของคนตาบอดจะพบในประเทศที่กำลังพัฒนา และประมาณว่า 94 ล้านคนทั่วโลก มีปัญหาต้อกระจกที่รุนแรงปานกลางจนถึงขั้นประสบปัญหาตาบอด¹ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจสถานการณ์โรคตา ระหว่างปี พ.ศ. 2546–2560 พบว่า มีผู้ป่วยตาบอด ร้อยละ 0.59 สายตาเลือนราง ร้อยละ 1.57 โดยมีสาเหตุอันดับ 1 จากต้อกระจก ร้อยละ 51.6 และ ต้อหิน ภาวะตาบอดในเด็ก ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา² สำหรับผู้สูงอายุพบโรคต้อกระจกสูงถึง ร้อยละ 80 โดยสาเหตุเกิดจากการเสื่อมตามวัย ส่วนอีกร้อยละ 20 พบในกลุ่มอายุน้อยที่มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิดจากการติดเชื้อ หัตถ์เยอรมันขณะตั้งครรภ์ และมีสาเหตุอื่นๆ เช่น มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติ หรือโรคทางตา ได้แก่ ตาติดเชื้อ อุบัติเหตุที่มีผลกับลูกตา และภาวะสายตาสั้นรุนแรง (high myopia)²

โรคต้อกระจกที่เกิดจากเลนส์แก้วตาเสื่อมตามอายุสามารถรักษาด้วยการผ่าตัดเอาเลนส์แก้วตาที่ขุ่นออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าแทนที่เท่านั้น³ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความดันในลูกตา ป้องกัน Optic nerve ถูกทำลาย หากไม่สามารถแก้ไขให้กลับสู่สภาพปกติได้ จะทำให้เกิดภาวะตาบอดสนิท และเกิดผลกระทบซึ่งจะเป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ⁴ หรือหากไม่ได้รับการตรวจรักษาหรือรักษาไม่ทันเวลา ปล่อยทิ้งไว้จนเลนส์แก้วตาขุ่นขาวและสุกอมเกินไป จะทำให้สูญเสียการมองเห็นได้⁵

จากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2561–2563 มีผู้ป่วยโรคต้อกระจก ได้รับการผ่าตัด จำนวน 1832, 1615 และ 1375 ราย ตามลำดับ พบว่า เป็นผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย คิดเป็น ร้อยละ 7.21, 10.77 และ 7.64 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย คิดเป็น ร้อยละ 7.70, 11.83 และ 8.51 ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่มีทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร่วมด้วย คิดเป็น ร้อยละ 3.71, 6.50 และ 4.44 ตามลำดับ⁶ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยต้อกระจกที่มีโรคร่วม มีประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยต้อกระจกแต่ละปี การดูแลผู้ป่วยโรคต้อกระจก

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป อาการ และอาการแสดงของกรณีศึกษา 2 ราย

ที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม เป็นความท้าทายของพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต้องได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติก่อนทำการผ่าตัด เพราะภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนความดันโลหิตสูงทำให้เลือดออกง่าย พยาบาลจึงมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจในระยะก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัดได้รวดเร็ว ไม่มีการเลื่อนผ่าตัด พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทักษะเฉพาะด้านเพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการมองเห็นดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมที่มีโรคร่วม ทำการศึกษาโดยนำความรู้ทางกระบวนการพยาบาลและทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อกระจกที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา
เป็นการศึกษาคณิศศึกษา จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยสูงอายุ เจ็บป่วยด้วยโรคต้อกระจกและมีโรคร่วม และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงระยะเวลา ธันวาคม 2562 ถึง มิถุนายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁷ แบบบันทึกการเก็บข้อมูลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และเวชระเบียนผู้ป่วยใน

การรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย การรักษาจาก เวชระเบียน สังเกตสอบถามและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและครอบครัว

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคล แบบแผนสุขภาพ การรักษา ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เพศ	หญิง	หญิง
2. อายุ	65 ปี	61 ปี
3. อาชีพ	ข้าราชการบำนาญ	ไม่ได้ทำงาน
4. โรคประจำตัว	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ ไขมันในเลือดสูง	เบาหวาน
5. บุตร	มีบุตร 2 คน บุตรทั้งสองแต่งงานมีครอบครัวแล้ว อยู่ต่างจังหวัด กลับมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว	มีบุตร 3 คน บุตรทั้งสามแต่งงานมีครอบครัวแล้ว บุตร 2 คน ย้ายครอบครัวไปทำงานต่างจังหวัด ส่วน บุตรอีก 1 คน ไปทำงานต่างประเทศ
6. ข้อมูลผู้ดูแลหลัก	ไม่มีผู้ดูแลหลัก อาศัยอยู่กับสามีเพียง 2 คน สามีมีอายุ 70 ปี ป่วยด้วยโรคอัลไซเมอร์ ซึ่งตัวผู้ป่วยเองต้องดูแลสามีเป็นหลัก บุตร 2 คน จะสลับกันมาดูแลผู้ป่วย คนละ 2-3 วัน	ไม่มีผู้ดูแลหลัก มีสามี อายุ 68 ปี แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน เนื่องจากความคิดเห็นไม่ตรงกัน ผู้ป่วยอยู่บ้านกับหลาน 3 คน หลาน 1 คนเจ็บป่วยพิการทางสมอง ส่วนหลานอีก 2 คนทำงานโรงงาน
7. การเดินทางมาโรงพยาบาล	บุตรชายเป็นผู้พามาโรงพยาบาล	หลานสาวเป็นผู้พามาโรงพยาบาล
8. อาการสำคัญ	ตาขาวมัว เลือนราง เป็นมา 2 ปี	ตาขาวมัว เลือนราง เป็นมา 1 ปี
9. การวินิจฉัยโรค	Senile cataract right eye with blindness with diabetes mellitus with hypertension with dyslipidemia	Senile cataract right eye with severe visual impairment with diabetes mellitus
10. การตรวจ VA ตาขวา	ก่อนผ่าตัด 6/60 หลังผ่าตัด 20/70	ก่อนผ่าตัด 4/60 หลังผ่าตัด 20/60
11. การตรวจ IOP ตาขวา	ก่อนผ่าตัด 14 หลังผ่าตัด 13	ก่อนผ่าตัด 16 หลังผ่าตัด 13
12. อาการและอาการแสดง	ตาขาวมัว เลือนราง	ตาขาวมัว เลือนราง
13. ประวัติการรับการรักษา	4 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์วินิจฉัย เป็นโรคต้อกระจก แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมจึงไม่ได้มารับการผ่าตัดตามนัด	2 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลขอนแก่น แพทย์วินิจฉัย เป็นโรคต้อกระจก แพทย์วางแผนรักษาด้วยการผ่าตัด แต่ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูง 386 mg% แพทย์จึงเลื่อนผ่าตัด
14. การผ่าตัด	Phacoemulsification with Intraocular lens implantation right eye	Extracapsular cataract extraction with Intraocular lens implantation right eye
15. ระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาล	3 วัน	2 วัน
16. เขตที่พักอาศัย	พักอาศัยที่บ้านในเขตชุมชนเมือง	พักอาศัยที่บ้านอยู่ในเขตชนบท

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป พบว่ากรณีศึกษาทั้งสองราย เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคต้อกระจก วางแผนรักษาด้วยการผ่าตัด ทั้งสองรายไม่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่มาพบแพทย์ครั้งแรก กรณีศึกษา

รายที่ 1 เป็นข้าราชการบำนาญ มีโรคร่วม 3 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีระยะเวลานอนรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 เป็นเวลา 1 วัน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคร่วม

1 โรค คือ เบาหวาน แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
ในระยะแรก จึงเป็นสาเหตุให้เลื่อนการผ่าตัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	-วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บ ปวด กลัว ผ่าตัดต่อกระฉก -ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลัง การผ่าตัด	-วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บ ปวด กลัว การผ่าตัดต่อกระฉก -ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และ หลังการผ่าตัด
2. โภชนาการและการเผา ผลาญสุขภาพ	-รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ ไม่มีความ ผิดปกติของระบบทางเดินอาหารในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักปกติ	-รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ ไม่มี ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักปกติ
3. การขับถ่าย	-ขับถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน/ครั้ง ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้ง/วัน	-ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละครั้ง ปัสสาวะวันละ 4 ครั้ง
4. กิจกรรมประจำวันและ การออกกำลังกาย	-สามารถทำกิจกรรมประจำวัน และออกกำลังกาย ท่าต่างๆ ได้เองอย่างช้าๆ ตาขาวมัว	-สามารถทำกิจกรรมประจำวัน และออก กำลังกายท่าต่างๆ ได้เองโดยมีหลานสาว ช่วยเหลือดูแล ตาขาวมัว
5. การพักผ่อนนอนหลับ	-ไม่พบปัญหาเรื่องการนอนหลับ	-ไม่พบปัญหาเรื่องการนอนหลับ
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	-ผู้ป่วยรับรู้ ถาม-ตอบรู้เรื่อง	-ผู้ป่วยรับรู้ ถาม-ตอบรู้เรื่อง
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโน ทัศน์	-ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และ รับประทานยาประจำเพื่อควบคุมโรค	-ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองและ รับประทานยาประจำเพื่อควบคุมโรค
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	-ผู้ป่วยเป็นข้าราชการบำนาญ อยู่บ้านคน เดียว นานๆ ครั้งจะมีหลานมาดูแล	-ผู้ป่วยสถานะภาพคู่ มีบุตร 2 คน สามี และบุตรให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย
9. เพศและการเจริญพันธุ์	-ผู้ป่วยหมดประจำเดือนแล้ว มีประวัติผ่าตัด ชีสที่เต้านมซ้าย	-ผู้ป่วยหมดประจำเดือนแล้ว
10. การปรับตัวและความ ทนทานต่อความเครียด	-กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการผ่าตัด	-กังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการ ผ่าตัด
11. คุณค่าและความเชื่อ	-นับถือศาสนาพุทธ	-นับถือศาสนาพุทธ

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ
แผนของกอร์ดอน พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหา
สุขภาพในด้าน 1) การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2) กิจกรรม
ประจำวันและการออกกำลังกาย 3) การรับรู้ตนเอง
และอัตมโนทัศน์ และ 4) การปรับตัวและความทนทานต่อ

ความเครียด พบปัญหาทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน
ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหาด้าน 1) การขับถ่าย 2)
บทบาทและสัมพันธภาพ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพที่พบ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนการผ่าตัด		
-การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	1) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด	1) วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด 2) เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด
-การขับถ่าย	3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องผูก	-
-กิจกรรมประจำวันและ	4) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่อง จากตา	3) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่อง จากตาขาว

แบบแผนสุขภาพที่พบ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การออกกำลังกาย	ชาวพม่า	พม่า
-การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	5) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia 6) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hypertension	4) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia
ระยะหลังการผ่าตัด		
-การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	7) เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) 8) ไม่สุขสบายจากปวดตาเนื่องจากมีการ บาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด 9) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเย็บฉีกขาด ความดัน ลูกตาส่งและเลือดออกในช่องหน้าม่านตา 10) เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia Hypoglycemia 11) เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hypertension 12) เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาส่ง	5) เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) 6) ไม่สุขสบายจากปวดตาเนื่องจากมีการ บาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด 7) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเย็บฉีกขาด ความดัน ลูกตาส่งและเลือดออกในช่องหน้าม่านตา 8) เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia Hypoglycemia 9) เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาส่ง
ระยะก่อนจำหน่ายและวางแผนดูแลต่อเนื่อง		
-การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์	13) วิดกกังวลในการดูแลตนเองและบุคคล ในครอบครัว	10) วิดกกังวลในการดูแลตนเองและบุคคล ในครอบครัว
-การรับรู้ และการดูแล สุขภาพ	14) เสี่ยงต่อภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens) 15) เสี่ยงต่อภาวะจอตาหลุดลอก 16) ผู้ป่วยและญาติพร้อมทักษะในการดูแล ตนเองเมื่อกลับบ้าน	11) เสี่ยงต่อภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens) 12) เสี่ยงต่อภาวะจอตาหลุดลอก 13) ผู้ป่วยและญาติพร้อมทักษะในการดูแล ตนเองเมื่อกลับบ้าน

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
กรณีศึกษา 2 ราย พบว่า มีข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่
เหมือนกัน จำนวน 13 ข้อ กรณีศึกษาที่ 1 มีข้อวินิจฉัย
การพยาบาลต่างจากกรณีศึกษาที่ 2 คือ ก่อนผ่าตัดข้อที่ 3
เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องผูก ข้อที่ 6 และข้อที่
11 เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hypertension ทั้งก่อนผ่าตัด
และหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมที่แตกต่าง
กัน

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกที่ ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วม

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระจกที่เข้ารับ
การผ่าตัดและมีโรคร่วม กรณีศึกษา 2 ราย แบ่งการ
พยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนการผ่าตัด 2)
ระยะหลังการผ่าตัด และ 3) ระยะก่อนจำหน่ายและ
วางแผนดูแลต่อเนื่อง จากการประเมินผู้ป่วย ได้สรุปข้อ
วินิจฉัยทางการพยาบาล ดังตารางที่ 3 จากนั้น ผู้ศึกษาได้
ตั้งเป้าหมายและวางแผนการพยาบาล รวมทั้งประเมินผล

การพยาบาล รายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะก่อนการผ่าตัด

1. วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด พบว่า
กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการ
เจ็บป่วยและการผ่าตัดต่อกระจก เป้าหมายการพยาบาล
คือ ลดความวิตกกังวล ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ
ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ
ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความ
ไว้วางใจ 2) ประเมินระดับความวิตกกังวลและ
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิด
โอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 3) แนะนำ
สภาพแวดล้อมที่เตียง และเครื่องใช้ต่าง ๆ 4) แนะนำให้
รู้จักกับผู้ป่วยข้างเตียงที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้วได้ผลดี 5)
ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ว่ามีพยาบาลดูแลใกล้ชิด
ตลอด 24 ชั่วโมง 6) ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด
และแนะนำวิธีการจัดการความเครียด เช่น การฝึกกลม
หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำสมาธิ และการสวด
มนต์ตามวิถีพุทธศาสนา และ 7) ให้ความรู้การปฏิบัติตัว

สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก ให้ญาติอ่านเพิ่มเติม^๑ **การประเมินผล** กรณีศึกษาที่ 1 เมื่อให้คำแนะนำแล้ว ผู้ป่วยสนใจสอบถามการปฏิบัติตัว สบตา พุดคุย สีน้าอัมมเล็กน้อย กรณีศึกษาที่ 2 อัมมทักทาย สบตา พุดคุยสอบถามน้อย และสีน้าเรียบเฉย

2. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการผ่าตัด และมีประวัติการเลื่อนผ่าตัด ตั้งเป้าหมายการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านร่างกายสำหรับการผ่าตัด ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ประเมินสภาพด้านร่างกาย ตรวจสอบ ชี้อ-สกุล ให้ตรงกับเวชระเบียน แผนการรักษา โรคประจำตัว การใช้ยาเดิม การแพ้ยา การผ่าตัดในอดีต และการใช้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันภาวะเลือดหยุดยาก 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคชนิดการผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้และการป้องกัน 3) ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 200 mg% ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 – 140/90 mmHg^๑ 4) ทำความสะอาดร่างกาย 5) ประเมินการอักเสบ ติดเชื้อทุกส่วนภายในร่างกาย ถ้ามีควรพิจารณาเลื่อนผ่าตัด 6) ตรวจสอบกำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power IOL) พร้อมตรวจสอบค่าต่างๆ ตามมาตรฐาน และ 7) ให้ฝึกนอนคลุ่มโปงเพราะขณะผ่าตัดจะใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดส่วนต่างๆ ของร่างกายเหลือเพียงแต่ตาข้าง ที่จะผ่าตัดเพราะถ้าไม่ฝึกก่อนอาจทำให้เครียด หายใจไม่สะดวก และไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด **การประเมินผล** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดครั้งนี้

3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะท้องผูก พบในกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งขับถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน/ครั้ง เป้าหมายการพยาบาล คือ ให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ปกติ ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ประเมินการถ่ายอุจจาระทุกวัน 2) กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ 2000-3000 ml/day 3) แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากมาก 4) กระตุ้นให้มีการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น 5) สังเกตบันทึกลักษณะ และระยะเวลาในการขับถ่าย 6) ให้คำแนะนำ และการปฏิบัติเพื่อแก้ไขป้องกันภาวะท้องผูก 7) แนะนำจัดความเครียดเพื่อให้ร่างกายปรับสมดุล และ 8) หากยังมีภาวะท้องผูก รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระ **การประเมินผล** ถ่ายอุจจาระ 1-2 วัน/ครั้ง

4. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากตาขวาพร่ามัว พบในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป้าหมายการพยาบาล คือ ไม่เกิดอุบัติเหตุในขณะที่ใช้ชีวิตประจำวัน ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) จัดอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้

เป็นระเบียบ สิ่งของที่จำเป็นวางไว้ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ 2) ยกראวกันเตียงขึ้นทั้งสองข้าง และล๊อคล้อเตียงไว้ตลอด 3) แนะนำการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ 4) ให้ญาติเฝ้าตลอดเวลา และให้พาเดินไปห้องน้ำ 5) ไม่เร่งรีบผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน 6) แนะนำให้เคลื่อนไหว ลุกนั่ง เดิน ซ้ำๆ อย่างระมัดระวัง 7) รักษาพื้นให้สะอาดแห้ง และ 8) แนะนำใช้รองเท้าที่พื้นไม่ลื่น **การประเมินผล** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดอุบัติเหตุ

5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคเบาหวาน กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติน้ำตาลในเลือดสูง 386 mg% และต้องเลื่อนการผ่าตัดต่อกระดูก เป้าหมายการพยาบาล คือ ค่าน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 70-200 mg%^๑ ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย 1) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดเข้าวันผ่าตัด 2) แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หากมีอาการให้แจ้งพยาบาลทราบ **การประเมินผล** กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-148 mg% ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 104-160 mg%

6. เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hypertension ปัญหาพบในกรณีศึกษารายที่ 1 เนื่องจากมีโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายการพยาบาล คือ ควบคุมให้ความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 mmHg ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ประเมินความดันโลหิตเข้า-เย็น ทุกวันก่อนวันผ่าตัด 2) ให้ผู้ป่วยรับประทานยาควบคุมความดันอย่างสม่ำเสมอ 3) แนะนำให้รับประทานอาหารเฉพาะโรค งดอาหารเค็มจัด 4) แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย 5) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ตามัว ชาตามร่างกาย ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ **การประเมินผล** ความดันโลหิต 112-82 mmHg ไม่มีอาการผิดปกติ

ระยะหลังผ่าตัด

1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) เป้าหมายการพยาบาล คือ ป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยไม่ให้น้ำเข้าตาข้างที่ผ่าตัด 2) ปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธีปลอดเชื้อ 3) แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ หากพบอาการแจ้งให้พยาบาลทราบ 4) ให้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และ 5) อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการติดเชื้อซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ **การ**

ประเมินผล กรณีศึกษา 2 ราย ไม่มีภาวะติดเชื้อมากเกินไป

2. ไม่สุขสบายจากปวดตาเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด เป้าหมายการพยาบาล อาการปวดตาทุเลา และไม่มีอาการปวดตาหลังการผ่าตัด ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด 2) จัดสภาพแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวนมากเกินไป 3) ให้อาหารปวดตามแผนการรักษาพร้อมประเมินอาการหลังให้อาหาร ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นเพิ่ม เช่น ปวดตารุนแรง น้ำตาไหลมาก **การประเมินผล** กรณีศึกษา รายที่ 1 มีระดับความปวด = 0-3 คะแนน ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 มีระดับความปวด = 2-5 คะแนน

3. เสี่ยงต่อการเกิดแผลเย็บฉีกขาด ความดันลูกตาสูงและเลือดออกในช่องหน้าม่านตา เป้าหมายการพยาบาล คือ ป้องกันการเกิดแผลฉีกขาด ความดันลูกตาสูงและเลือดออกในช่องหน้าม่านตา ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ประเมินความปวด ทุก 1-2 ชั่วโมง ใน 8 ชั่วโมงแรก ต่อไปทุก 4 ชั่วโมง และให้อาหารปวด ถ้าระดับความปวด ≥ 3 คะแนน อาจเกิดจากการติดเชื้อ หรือความดันลูกตาสูง ให้รายงานจักษุแพทย์ทราบ 2) ดูแลให้นอนพัก (Bed Rest) 2 ชั่วโมงหลังผ่าตัด หนุนหมอนได้ 3) แนะนำการปฏิบัติตัว ได้แก่ ไม่ให้เปิดตาเอง ระวังไม่ให้ที่ปิดตาเลื่อนหลุด เพื่อป้องกันการสัมผัส ขยี้ตา ป้องกันไม่ให้ น้ำเข้าตา ไม่ให้อาหารหรือจามแรง ๆ และระวังการอาเจียน สะอึกติดต่อกันนานๆ เพราะอาจทำให้เลือดออกในช่องหน้าม่านตาได้ ถ้ามีอาการให้รายงานจักษุแพทย์ทราบ และ 4) หลังผ่าตัดปิดตาไว้ 1 วัน ถ้ามีอาการเคือง น้ำตาไหลมาก ปวดตามาก มีคลื่นไส้ อาเจียน รายงานจักษุแพทย์ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง **การประเมินผล** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีแผลเย็บฉีกขาด ไม่มีภาวะความดันลูกตาสูงและเลือดออกในช่องหน้าม่านตา

4. เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia Hypoglycemia เป้าหมายการพยาบาล คือ ค่าน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 70-200 mg% ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญประกอบด้วย 1) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด 2) แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง **การประเมินผล** กรณีศึกษารายที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-148 mg% กรณีศึกษารายที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 104-160 mg% ไม่มีอาการแสดงที่ผิดปกติ

5. เสี่ยงต่อภาวะ Hypertension-Hypotension กรณีศึกษารายที่ 1 มีโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายการพยาบาล คือ การควบคุมให้ความดันโลหิต

ต่ำกว่า 140/90 mmHg ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ประเมินความดันโลหิต 2) ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่ง 3) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเฉพาะโรค งดอาหารเค็มจัด 4) แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย และ 5) สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมาก ตามัว ชาตามร่างกาย⁸ ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์ **การประเมินผล** ความดันโลหิต 112-82 mmHg ไม่มีอาการผิดปกติ

6. เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาสูง เป้าหมายการพยาบาล คือ ป้องกันการเกิดภาวะความดันภายในลูกตาสูง ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้นอนราบ 12 ชั่วโมง 2) หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ การก้มศีรษะต่ำกว่าเอว เพราะจะเพิ่มแรงดันมากขึ้น 3) แนะนำหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ ในการเบ่งถ่าย อุจจาระ การสำรอกน้ำมากๆ แรงๆ ขณะประพม์ฟัน และ 4) กรณีความดันลูกตาสูง ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการรบกวน เช่น อาการปวดตา ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ให้นยาลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา **การประเมินผล** กรณีศึกษา 2 ราย ไม่เกิดภาวะความดันภายในลูกตาสูง

ระยะก่อนจำหน่ายและวางแผนดูแลต่อเนื่อง

1. วิตกกังวลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว เป้าหมายการพยาบาล คือ ลดความวิตกกังวลในการดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัว ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งใกล้บ้าน 2) ส่งต่อข้อมูลการดูแล กับทีมชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้อง ปลอดภัย 3) ประสานขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายบริการในพื้นที่ 4) จัดทำคลิป VDO การดูแลผู้ป่วยและการเช็ดตาหยอดยา ป้ายตา เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ หรือบุคลากรในพื้นที่ได้เปิดดูและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง และ 5) ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และเยี่ยมที่บ้าน **การประเมินผล** กรณีศึกษารายที่ 1 สามารถดูแลตนเองได้ แต่ยังมีกังวลในเรื่องการดูแลสามีที่ป่วยเป็นอัลไซเมอร์ กรณีศึกษารายที่ 2 ความกังวลลดลงเพราะมีเจ้าหน้าที่อาสาสมัครชุมชนเข้ามาดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

2. เสี่ยงต่อภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens) เป้าหมายการพยาบาล คือ เลนส์แก้วตาเทียมไม่มีเคลื่อนหลุด ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) จัดให้นอนราบ 12 ชั่วโมง ท่านอนไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด 2) หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ

การกัมสิริษะต่ำกว่าเอว เพราะจะเพิ่มแรงดันมากขึ้น 3) แนะนำหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ ในการเบ่งถ่าย อุจจาระ การสำรอกน้ำมาก ๆ แรงๆ 4) หลังการผ่าตัด 2 เดือนแรก ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เช่น การกระโดด และไม่ควรรยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม หรือทำงานหนักที่อาจกระทบกระเทือนถึงตาได้ เช่น ขุดดิน ชักผ้า ตำน้าพริก เป็นต้น⁸ **การประเมินผล** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่เกิดภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน

3. เสี่ยงต่อภาวะจอตาลุดลอก เป้าหมายการพยาบาล คือ ป้องกันการเกิดภาวะจอตาลุดลอก ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับจอตาลุดลอกที่อาจเกิดได้ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีอาการคล้ายฟ้าแลบ ฟ้าผ่า 2) อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เช่น การนอนหงายราบ 24 ชั่วโมงแรก หลีกเลี่ยงการไอ การจามแรงๆ ระมัดระวังการสำรอกน้ำแรงๆ 3) แนะนำและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญในการใช้ผ้าปิดตาและใส่ครอบตาเพื่อป้องกันการกระแทกโดยตรง 4) แนะนำการควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด 70-110 mg% ระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 -140/90 mmHg **การประเมินผล** กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีภาวะจอตาลุดลอก

4. ผู้ป่วยและญาติพร้อมทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ซึ่งกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัญหาเรื่องการจำข้อมูล เป้าหมายการพยาบาล คือ ผู้ป่วยและญาติมีทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ปฏิบัติการพยาบาลดังนี้ 1) ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือ 2) แนะนำเกี่ยวกับวิธีการเช็ดตา การหยอดยา ก่อนหยอดยา ควรล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดทุกครั้ง และเช็ดมือให้แห้ง หลังหยอดตาให้ปิดฝาครอบตา 3) แนะนำการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การระวังและป้องกันไม่ให้น้ำเข้าตา 4) สอนญาติในการสระผมให้กับผู้ป่วย 5) แนะนำทำความสะอาดหน้าโดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกหรือน้ำสะอาดบิดหมาดๆ เช็ดหน้า เพื่อป้องกันน้ำเข้าตา 6) ห้ามนอนคว่ำ เพื่อป้องกันแก้วตาเทียมเคลื่อน ห้ามขยี้ตา ก้มๆ เงยๆ หรือสำรอกน้ำ 7) ให้ปิดตาด้วยที่ครอบตาพลาสติกตลอดเวลาในช่วงเวลานอน 8) หลีกเลี่ยง การไอ จามแรงๆ ถ้าจำเป็นให้อ้าปากกว้างๆ 9) ห้ามสำรอกน้ำขณะแปรงฟัน 10) ไม่ควรทำอาหารเอง 11) ห้ามเบ่งถ่าย อุจจาระเพราะจะทำให้แรงดันขึ้นสิริษะ ดูแลไม่ให้ท้องผูก 12) ให้ยาแก้ปวดเฉพาะเมื่อปวดตา ยารักษาโรคประจำตัวที่เคยรับประทาน /ยาหยอดตาต่อให้ตามปกติ 13) ถ้า

มีอาการผิดปกติ เช่น ปวดตามาก ตาแดง ขี้ตามาก ตามัวลงกว่าเดิม ให้รีบมาพบจักษุแพทย์ก่อนวันนัด 14) แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก DMETHOD ดังนี้ D: Disease ให้ความรู้เรื่องโรคต่อกระจก ถึงสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด การพยากรณ์โรค การคาดการณ์ การมองเห็นหลังผ่าตัด ข้อดี ข้อเสียตามชนิดการผ่าตัดนั้นๆ และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย M: Medication แนะนำการใช้ยาที่บ้านอย่างละเอียด โดยแนะนำการหยอดตาที่ถูกต้อง ขั้นตอน การล้างมือ ก่อนหยอดตาทุกครั้ง การเก็บรักษา ยา การเช็ดตา การสังเกต อาการผิดปกติ การครอบตาหรือการใส่แว่นตา ห้ามให้ผู้อื่นใช้ร่วมด้วย ให้หยอดตาตามแพทย์สั่ง การเก็บยาหยอดตาควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น วางให้พ้นมือเด็ก ไม่ควรซื้อยามาใช้เอง E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับสภาพการมองเห็น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน การทำความสะอาดบ้าน/สิ่งแวดล้อมให้ปราศจากฝุ่นหรือควัน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล และการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ T: Treatment อธิบายให้ทราบถึงชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ และผลลัพธ์ การมองเห็นที่ จะเกิดและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องระวัง เช่น การติดเชื้อ ความดันลูกตาสูง เลนส์แก้วตาเคลื่อน H: Health การดูแลสุขภาพร่างกาย ดังกล่าวข้างต้น O: Outpatient Referral แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง หรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน D: Diet แนะนำเรื่องโภชนาการให้รับประทานอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง หลีกเลี่ยงของแข็ง ของเหนียว ที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆ⁹ **การประเมินผล** กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรับทราบมีเข้าใจความรู้และข้อมูลที่ได้รับ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 รับฟังข้อมูลได้น้อย มีหลานสาวช่วยในการรับฟังข้อมูล ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

อภิปรายผล

จากกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยต่อกระจก เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม คือ กรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็นโรคเบาหวาน จึงมีโอกาสเกิดต่อกระจกจากโรคประจำตัวและความเสื่อมตามวัยได้ สอดคล้องกับ วสุ สุภรัตนสิทธิ⁶ ที่พบว่า โรคต่อกระจกมักพบในผู้สูงอายุ ร้อยละ 80 ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการเสื่อมตามวัย ส่วนสาเหตุอื่น ๆ เช่น มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด³ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการผ่าตัด ผลการมองเห็นหลังผ่าตัดดีขึ้น คือ VA 20/70 และ VA

20/60 ส่วนการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมที่มีโรคร่วม และรักษาพยาบาลครอบคลุมองค์รวมส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น กรณีศึกษาที่ 1 ต้องเพิ่มการพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาสูง เนื่องจากมีกระจกตาทึบเล็กน้อย ภายหลังการผ่าตัดสำหรับการวางแผนการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมที่มีโรคร่วม มีข้อปลีกย่อยที่ต่างกัน ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 1 มีบริบทบ้านอยู่ในเขตเมือง อยู่บ้าน 2 คน กับสามีซึ่งป่วยเป็นอัลไซเมอร์ ผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง และดูแลสามี ส่วนลูกชายสลับกันมาดูแลคนละวัน การวางแผนการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงต้องเพิ่มการถ่ายเป็นคลิป VDO การเช็ดตา การหยอด ป้ายตา ให้เพื่อเปิดดู ซึ่งการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก จะเพิ่มประสิทธิภาพช่วยในการป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกได้ นอกจากนี้ยังได้ประสานงานเวชกรรมชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการจัดสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง รวมถึงการวางแผนดูแลสามีที่ป่วยเป็นอัลไซเมอร์ในระยะยาวด้วย ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีบ้านอยู่เขตชนบท อยู่บ้าน 3 คน กับหลานที่พิการทางสมอง และหลานสาวอีกคน ผู้ป่วยต้องดูแลหลานเป็นหลัก การวางแผนการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากการถ่ายเป็นคลิป VDO การเช็ดตา การหยอด ป้ายตา ให้เพื่อเปิดดูได้เรื่อย ๆ ทุกคนแล้ว ยังต้องประสานหน่วยงานในพื้นที่สังคมสงเคราะห์ ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ อบต. รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่เพื่อการดูแลผู้ป่วยและหลานที่พิการต่อเนื่องในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานในการใช้เครื่องมือพิเศษทางตา เพื่อให้ทีมการพยาบาลมีความพร้อมในการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
3. ควรปรับแนวทางการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเหมาะสม
4. ควรส่งเสริมให้จัดทำสื่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ที่เหมาะสม ใช้ง่าย และสื่อสารได้อย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. Athipunyakom, S. Nursing care of Cataract with phacolytic glaucoma: case study. J Health Environ Educ. 2021;6(1):66–72.
2. Supharattanasitthi W. Cataract [Internet]. Bangkok: Department of Physiology Faculty of Pharmacy, Mahidol;2022. [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/nowledge/article/557/Cataract/>
3. Pokakul W. Eye diseases in the elderly. Bangkok: Agricultural Cooperative Publishing House of Thailand, 2000.
4. Srihachai P. Outcomes of small incision cataract surgery for mature cataracts in community hospitals castle hospital Surin Province. JPMC. 2016;33(2):129–37.
5. Balan R, Raju KV. A Comparative Study of Endothelial Cell Loss In Small Incision Cataract Surgery and Phacoemulsification. Kerala J Ophthalmol. 2012;(24):63-5.
6. Information Technology & Communication Centre Khon Kaen Hospital. medical record and statistics Khon Kaen Hospital 2021 [Internet]. Khon Kaen: medical record and statistics Khon Kaen Hospital; 2022 [cited 2022 Aug 27]. from: <http://192.168.0.222/data-center/>.
7. Santhawaja J. Basic concepts Nursing Theory and Processes. 5th ed. Bangkok: Thana Press, 2009.
8. Santhawaja J. Basic concepts Nursing Theory and Processes. 7th ed. Bangkok: Thana Press, 2011.
9. Siripan, P, Kasatpibal, N And Klunklin, P. Development of video media for the prevention of intraocular infections for cataract surgery patients. Substance Nurse. 2021;179–90.

การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการโค้ชผ่านสื่อมัลติมีเดีย ในสถานการณ์โควิด-19: กรณีศึกษา 2 ราย

พนมกร ชาญเวช ส.ม.*

บทคัดย่อ

เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่เริ่มแรก การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการโค้ชผ่านสื่อมัลติมีเดียในสถานการณ์โควิด-19 เลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย เข้ารับบริการบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกต การสอบถาม การสัมภาษณ์ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2564 – กรกฎาคม 2565 ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล มีการปรับรูปแบบและบทบาทการให้บริการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการโค้ช (Coaching) แก่ผู้ปกครอง ผ่านสื่อมัลติมีเดียส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่ล่าช้าตั้งแต่เริ่มแรกที่บ้าน แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมและสร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองและครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และระยะที่ 3 เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจและกระตุ้นให้ผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผลลัพธ์ภายหลังการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับพัฒนาการดีขึ้น จากแบบประเมิน Denver II , TEDA4I และ DSPM โดยรายที่ 1 มีพัฒนาการสมวัยทั้ง 5 ด้าน รายที่ 2 มีพัฒนาการสมวัย 3 ด้าน แต่คะแนนการประเมิน PDDSQ ปกติ ผู้ปกครองมีความพึงพอใจ สามารถลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองได้ และลดจำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาลได้ ควรนำไปพัฒนารูปแบบ Early Intervention ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการในรายที่มีความล่าช้าอย่างชัดเจน และเพิ่มทักษะการโค้ช (Coaching) ให้พยาบาลคลินิกพัฒนาการ เพื่อการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ Early intervention, การโค้ช, เด็กพัฒนาการล่าช้า, สื่อมัลติมีเดียส่งเสริมพัฒนาการ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น

Nursing care for children with early developmental delays by coaching through multimedia in the *coronavirus* disease 2019 situation: 2 case studies

Panomgorn Chanvech M.P.H.*

Abstract

Children with early developmental delays should be stimulated early for development. The purpose of this study was to study the use of the nursing process in providing nursing care for children with early developmental delays by coaching through multimedia in the *coronavirus* disease 2019 (COVID-19) situation. Two case studies receiving services at Khon Kaen Hospital were purposively selected. Data were collected by observations, asking questions and interviews from April 2021 to July 2022. The nursing care was provided based on the nursing process. The form and role of nursing services were adjusted by using the concept of coaching for parents through multimedia to promote and stimulate the development of children with early developmental delays at home. The nursing care was divided into 3 phases: Phase 1: to prepare and build relationships; Phase 2: to increase the potential of parents and families to take care of children properly and appropriately, and Phase 3: to empower and encourage parents to take care of their children continuously and sustainably. After the development promotion had been implemented, both case studies had a better level of development. Based on Denver II, TEDA4I and DSPM assessments, Case 1 was improved in all 5 aspects of the development. Case 2 was improved in 3 aspects of the development. But the PDDSQ assessment score was normal. The parents were satisfied with the coaching approach as it can reduce parental stress and depression and the number of visits to the hospital. It should be used to develop the early intervention program in the developmental stimulation clinic for children with obvious delays. Nurses at the developmental stimulation clinic should be enhanced with coaching skills for providing more efficient nursing services.

Keywords: Early intervention, coaching, children with developmental delay, multimedia for promoting development

*Registered Nurse Professional level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

ช่วงปฐมวัย (อายุ 0 – 5 ปี) ถือเป็นช่วงวัยแห่งการเจริญเติบโตที่สำคัญที่สุดของชีวิต เพราะพัฒนาการต่างๆ ด้าน จะสามารถเจริญเติบโตและพัฒนาได้มากที่สุด อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาในช่วงวัยอื่นๆ ของชีวิตต่อไป การทำงานด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้มีความสำคัญกับการเข้าถึงบริการเพื่อเด็กจะได้รับโอกาสในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ^{1,2} โดยเฉพาะเด็กกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 1.21 เท่า และอาจสูงถึง 1.5 เท่า ซึ่งข้อมูลการติดตามสภาวะการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เขตบริการสุขภาพทั่วประเทศไทย พบว่า เด็กที่อายุครรภ์ไม่ครบกำหนดมีโอกาสร้อยละเสี่ยงต่อการมีพัฒนาการล่าช้าประมาณ 39.3 เท่า และเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า มีแนวโน้มความเสี่ยงที่จะเป็นออทิสติกสูงถึงร้อยละ 30 – 50^{2,3} นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมเลี้ยงดูเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพัฒนาการของเด็ก เช่น เด็กที่มีพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า จะสัมพันธ์กับการเล่นโทรศัพท์และดูทีวี ส่วนผู้ดูแลหากมีความเครียด หรือซึมเศร้า มีพฤติกรรมรุนแรง เด็กจะมีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายได้ หรือถูกทอดทิ้งได้^{4,5}

เด็กที่พัฒนาการล่าช้าหากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เด็กมีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและซับซ้อน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว แต่หากได้รับการกระตุ้นพัฒนาการตั้งแต่เริ่มแรก จะเป็นประโยชน์ต่อเด็กมากที่สุด^{1,3} จากข้อมูลบริการด้านพัฒนาการเด็ก ปี 2564 พบว่า ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการ เท่ากับ ร้อยละ 84.9 เด็กไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการ ร้อยละ 15.7 เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอกระตุ้นและติดตามภายใน 30 วัน เท่ากับ 99.3 และพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเท่ากับ 27.3 ทั้งนี้จากการสุ่มสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทุกๆ 3 ปี พบว่า เด็กมีพัฒนาการสมวัยมีแนวโน้มลดลง (ปี 2560 ร้อยละ 76.78 ปี 2563 ร้อยละ 53.1)^{6,7} และจากข้อมูลเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย พบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าในปี 2562-2564 คิดเป็น 25.4%, 26.6% และ 27.3% ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีมาตรการเว้นระยะห่างงดกิจกรรมที่ต้องสัมผัสระหว่างกัน ส่งผลกระทบทำให้การเข้าถึงระบบคัดกรองลดลง และทำให้การมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการในโรงพยาบาลลดลงด้วย

จากข้อมูลสถิติบริการคลินิกพัฒนาการ โรงพยาบาลขอนแก่น พบมีการเข้ารับบริการลดน้อยลง

เช่นกัน โดยมีเด็กที่มาใช้บริการคลินิกพัฒนาการ ปี 2562-2564 เท่ากับ 1,684; 1,520; และ 1,212 ราย ตามลำดับและยังพบอัตราการขาดนัดสูง เท่ากับ ร้อยละ 18.2; 21.1; และ 20.5 ตามลำดับ ซึ่งปัจจัยเนื่องมาจากการปรับระบบบริการที่ต้องเว้นระยะห่างตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งผู้ปกครองมีความวิตกกังวลเรื่องการสัมผัสเชื้อโรค พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ทั้งด้านการค้นหาสาเหตุและใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้านให้มีความสะดวกและเหมาะสมกับผู้ปกครอง ใช้อองค์ความรู้ใหม่ทันยุคปัจจุบันที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้สื่อมัลติมีเดียต่างๆ แนวคิดเรื่องการโค้ช (Coaching)^{8,9} รวมทั้งปรับบทบาทของพยาบาลเพื่อปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงได้ทำการศึกษา การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการโค้ชผ่านสื่อมัลติมีเดียในสถานการณ์โคโรนาไวรัส 2019 เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถฝึกกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการให้กับเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยการโค้ชผ่านสื่อมัลติมีเดียในสถานการณ์โคโรนาไวรัส 2019

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษากรณีศึกษา จำนวน 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเด็กได้รับการวินิจฉัยว่ามีพัฒนาการล่าช้าตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป อายุไม่เกิน 5 ปี ไม่มีโรคประจำตัว การมองเห็นและการได้ยินปกติ ไม่มีประวัติชัก เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วงระยะเวลา เมษายน 2564 - กรกฎาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ปกครอง และ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินพัฒนาการเด็ก ผู้ศึกษานำใช้เครื่องมือ 3 เครื่องมือ มาใช้ในการประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็ก เพื่อให้มีความครอบคลุมประกอบด้วย

1.1 เครื่องมือมาตรฐานตามระบบการคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คู่มือ DSPM สำหรับเด็กทั่วไปที่คลอดครบกำหนด DAIM สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง และ TEDA4I สำหรับเด็กที่มี

ปัญหาพัฒนาการ ประเมินพัฒนาการทั้ง 5 ด้านของเด็กตามช่วงวัย ได้แก่^{10,11} 1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว Gross motor (GM) 2) พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา Fine motor (FM) 3) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา Receptive Language (RL) 4) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา Expressive Language (EL) และ 5) พัฒนาการด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม Personal and Social (PS) โดยจะใช้ประเมินพัฒนาการเด็กทุก 3 เดือน ระหว่างการศึกษาตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งสิ้นสุดการศึกษารวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ครั้ง

1.2 แบบทดสอบเดนเวอร์ (Denver Developmental Screening Test) หรือ Denver II ใช้ประเมินและคัดกรองพัฒนาการเด็ก¹ ที่คลินิกพัฒนาการโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 มาตรวจ ครั้งที่ 2 หลังฝึกพัฒนาการ 6 เดือน และครั้งที่ 3 หลังฝึกพัฒนาการ 12 เดือน

1.3 แบบคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้าน สำหรับเด็กอายุ 1-4 ปี (Pervasive Developmental Disorder Screening Questionnaire: PDDSQ) ฉบับเต็ม 40 ข้อ หากผลการประเมินได้ 13 คะแนนขึ้นไป ถือว่า เสี่ยงที่จะเป็น PDDs. (โรคออทิสติก โรควิตกกังวล ความผิดปกติในพัฒนาการในวัยเด็ก โรคเอสเปอร์เกอร์ และความผิดปกติในพัฒนาการที่ไม่ทราบสาเหตุ)¹

2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ปกครอง ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือประเมินสุขภาพจิตผู้ปกครอง ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และ 9Q ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเบื้องต้นของกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. อาการสำคัญ	ส่งตัวจาก รพสต. มาตรวจพัฒนาการ คัดกรอง DSPM ล่าช้า	ชน ไม่อยู่นิ่ง ยังไม่พูดเป็นคำๆ
2. เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง	เพศหญิง รูปร่างสมส่วน เกิดวันที่ 25 ตุลาคม 2563 อายุ 9 เดือน 3 วัน น้ำหนัก 8.2 กก. ส่วนสูง 75 ซม.	เพศชาย รูปร่างผอมสูง เกิดวันที่ 8 พฤษภาคม 2562 อายุ 2 ปี 1 เดือน น้ำหนัก 13.5 กก. ส่วนสูง 88 ซม.
3. ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอด	มารดา G1P0A1 อายุ 17 ปี ไม่ได้ฝากครรภ์ เคยรับประทานยาขับเลือดเมื่ออายุครรภ์ 2 เดือน คลอดปกติอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ น้ำหนักแรกคลอด 2,000 กรัม นอนในตู้อบ 2 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับบ้านพร้อมมารดา	มารดา G1P0A0 อายุ 32 ปี ฝากครรภ์ที่คลินิก คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกคลอด 3,210 กรัม หลังคลอดอาการปกติ ไม่มีอาการแทรกซ้อน กลับบ้านพร้อมมารดา
4. ประวัติสุขภาพเด็ก	ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล ได้รับฉีดยาตามเกณฑ์	ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

ของกรมสุขภาพจิต 2) แบบประเมินความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินทั้งสองนี้ ใช้ประเมินผู้ปกครอง 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 มาตรวจ ครั้งที่ 2 หลังฝึกพัฒนาการเด็ก 6 เดือน และครั้งที่ 3 หลังฝึกพัฒนาการเด็ก 12 เดือน

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ ใช้ประเมินหลังสิ้นสุดการศึกษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้ศึกษาใช้สื่อมัลติมีเดีย โดยให้กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดาวน์โหลดเอกสาร DSPM ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ จากเว็บไซต์ของกรมอนามัย และ คลิปวิดีโอ กระตุ้นพัฒนาการ ของสถาบันราชานุกูล และผู้ปกครองมีอิสระที่จะสืบค้นสื่อมัลติมีเดียต่างๆ มาใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ ซึ่งหากมีปัญหาข้อสงสัยใดๆ สามารถปรึกษาพยาบาล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และวิดีโอคอล ได้

การรวบรวมข้อมูล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสอบถาม สัมภาษณ์ และสังเกต จากเด็กและผู้ปกครอง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป จากการประเมินด้วยการซักประวัติ และการตรวจประเมินภาวะพัฒนาการของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผลการศึกษา ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
5. ประวัติการเจ็บป่วย ครอบครัว	- ตาและยาย ไม่มีโรคประจำตัว - คนในครอบครัวไม่มีประวัติบกพร่องทาง พัฒนาการและสติปัญญา	- บิดามารดาสุขภาพแข็งแรง - ลูกสาวของพี่ชายคนโตของมารดาเป็น ดาวน์ซินโดรม
6. ผู้เลี้ยงดูหลัก	มารดาตั้งครรถ์ไม่พร้อม ไม่ได้เลี้ยงดูเด็ก มี ยายเป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 55 ปี จบการศึกษา ชั้นมัธยมปีที่ 3	มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 32 ปี จบ การศึกษาปริญญาตรี
7. การตรวจร่างกายแรก รับ	- สัญญาณชีพ BT 36 °C PR 110 ครั้ง/นาที RR 34 ครั้ง/นาที - General appearance normal	- สัญญาณชีพ BT 36.4 °C PR 100 ครั้ง/ นาที RR 30 ครั้ง/นาที General appearance normal
8. การตรวจประเมิน พัฒนาการพฤติกรรมและ อารมณ์	- การประเมินด้วย Denver II พบ delayed GM, FM, L, PS - การประเมินด้วย DSPM พบ delayed GM, FM, RL, EL และ PS - การประเมินด้วย TEDA4I พบ delayed GM, FM, RL, EL และ PS - อายุยังไม่ถึงเกณฑ์ประเมิน PDDSQ	- การประเมินด้วย Denver II พบ normal GM, delayed FM, L, PS - การประเมินด้วย DSPM พบ delayed FM, RL, EL และ PS, normal GM - การประเมินด้วย TEDA4I พบ delayed FM, RL, EL และ PS, normal GM - การประเมินด้วย PDDSQ พบ positive (22 คะแนน) มีความเสี่ยงต่อภาวะออทิสติก
9. อาการและพฤติกรรม เด็ก	ยิ้ม หัวเราะเวลาเล่นด้วย จ้องมองวัตถุที่มี สีสั่น พลิกคว่ำได้ พลิกหงายยังไม่ได้ นั่งเอง ไม่ได้ จับขวดนมได้ ร้องไห้กวนเป็นพักๆ ชอบเอามือเข้าปาก ส่งเสียงอ้ออ่า หันตาม เสียงเรียก	ชน ไม่นิ่ง ส่งเสียงดังเวลาขัดใจ ไม่เชื่อฟัง ชอบหยิบสิ่งของต่างๆ มาดมและบางครั้งเลีย สิ่งของ ให้ความร่วมมือช่วงสั้นๆ เตะบอลได้ ต่อก่อนไม่ได้ 2 ก้อน ประมือตามสั่งได้ บางครั้ง ยังไม่พูดเป็นคำๆ
10. การวินิจฉัย	Globally Delayed development (GDD)	Autistic Spectrum Disorder (ASD) like behavior

2. เปรียบเทียบทฤษฎีกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จาก
การรวบรวมข้อมูลการประเมินพัฒนาการ ผู้ศึกษาได้ระบุ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล พร้อมตรวจสอบความสอดคล้อง
กับทฤษฎี รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบทฤษฎีและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1
มีพัฒนาการล่าช้า เนื่องจาก ปัจจัย หลายอย่าง เช่น ปัจจัยด้านน้ำหนัก และอายุครรภ์ และ สิ่งแวดล้อม มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเป็นออทิสติก เนื่องจากมีพัฒนาการไม่สมวัย โดย พบว่า เด็กที่พัฒนาการไม่สมวัย มี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นออทิสติกสูงถึง ร้อยละ 30- 50	1. มีพัฒนาการล่าช้า เนื่องจาก ปัจจัย ด้านน้ำหนักและอายุครรภ์ และ สิ่งแวดล้อม 2. ไม่พบปัญหานี้	1. มีพัฒนาการล่าช้า เนื่องจาก ปัจจัย สิ่งแวดล้อม 2. เสี่ยงต่อการเป็นออทิสติกเนื่องจาก มีพัฒนาการไม่สมวัย
ขาดโอกาสในการเรียนรู้ เนื่องจาก การสิ่งแวดล้อมและเลี้ยงดูไม่ เหมาะสม	3. ขาดโอกาสในการเรียนรู้ เนื่องจาก การสิ่งแวดล้อมและเลี้ยงดูไม่เหมาะสม	3. ขาดโอกาสในการเรียนรู้ เนื่องจาก การสิ่งแวดล้อมและเลี้ยงดูไม่เหมาะสม

ทฤษฎี	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1
เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง และถูกทำร้ายร่างกาย เนื่องจากผู้ปกครองมีภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย	4.เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง เนื่องจากผู้ปกครองมีภาวะเครียดและกังวล	4.เสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง และถูกทำร้ายร่างกาย เนื่องจากผู้ปกครองมีภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย
ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ	5.ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ	5.ผู้ปกครองมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการ
ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเนื่องจากขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญ และมีความเชื่อในการเลี้ยงดูแบบผิดๆ	6.ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเนื่องจากขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญ และมีความเชื่อในการเลี้ยงดูแบบผิดๆ	6.ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเนื่องจากขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญ และมีความเชื่อในการเลี้ยงดูแบบผิดๆ
ขาดโอกาสได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจากผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากผู้ปกครองไม่พามากระตุ้นพัฒนาการตามนัด	7.ขาดโอกาสได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจากผู้เชี่ยวชาญ	7.ขาดโอกาสได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจากผู้เชี่ยวชาญ
ผู้ปกครองเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระ ในการส่งเสริมพัฒนาการเนื่องจาก ต้องใช้เวลานาน และเห็นการเปลี่ยนแปลงช้า	8.ผู้ปกครองเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระ ในการส่งเสริมพัฒนาการ	8.ผู้ปกครองเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระ ในการส่งเสริมพัฒนาการ

3. การพยาบาล

การพยาบาลเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า กรณีศึกษา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะที่ 1 เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ปกครอง ตกลงบริการ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหา วางแผน และกำหนดเป้าหมายการพยาบาลร่วมกัน ใช้เวลา 2 เดือน โดยช่วงนี้จะให้ผู้ปกครองแอตไลน์ และนัดหมายการวิดีโอคอล หรือโทรศัพท์ ทุกสัปดาห์ และกำหนดนัดมาพบแพทย์ 3 เดือนครั้ง

3.2 ระยะที่ 2 เพื่อให้ผู้ปกครองรับรู้ศักยภาพของตนเองและมีความมั่นใจในการกระตุ้นและประเมินพัฒนาการของเด็กได้ โดยให้ผู้ปกครองทดลองฝึกด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลา 7 เดือน นัดหมายการวิดีโอคอล หรือโทรศัพท์ 1-2 สัปดาห์ครั้ง แต่สามารถปรึกษา และส่งการบ้าน ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้

ในระยะนี้ ปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญ ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ได้แก่ 1) ใช้หลักการโค้ช โดยเทคนิค การฟังอย่างตั้งใจ การสะท้อน และการตั้งคำถามอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ใช้กระบวนการโค้ช GROW โมเดล เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองตั้งเป้าหมาย ประเมินปัญหา และวางแผนแก้ไขปัญหาด้วย

ตนเอง^{8,9} 3) การสอนเทคนิคการใช้เทคโนโลยีบนโทรศัพท์ เช่น การติดต่อสื่อสารผ่านวิดีโอคอล การดาวน์โหลดสื่อต่างๆ การใช้แอปพลิเคชันต่างๆ การใช้คู่มือกระตุ้นพัฒนาการ DAIM และTEDA4I วิธีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางเว็บไซต์ เป็นต้น 4) เสริมศักยภาพผู้ปกครอง ทดลองฝึกกระตุ้นพัฒนาการตามแผนที่วางไว้ 5) สะท้อนผลการฝึกพัฒนาการ และปัญหาที่พบ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

3.3 ระยะที่ 3 เพื่อเสริมสร้างพลังและกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืน เป็นการทบทวนเป้าหมาย ติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลใช้ระยะเวลา 3 เดือน เน้นการชื่นชม และให้กำลังใจผู้ปกครอง Empowerment และกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ติดตามประเมินผลลัพธ์ต่อเนื่อง ทบทวนเป้าหมาย ปัญหา และให้ผู้ปกครองประเมินตนเองเป็นระยะๆ ตาม GROW model และพร้อมปรับเปลี่ยนเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาวตามความต้องการของผู้ปกครอง

4. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

4.1 ผลการประเมินพัฒนาการเด็ก จากการติดตามประเมินพัฒนาการเด็กทุก 3 เดือน จำนวน 5 ครั้ง

ตั้งแต่แรกได้รับ จนสิ้นสุดการทดลอง ผลลัพธ์แสดงในตาราง
ที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินพัฒนาการเด็ก

การประเมินครั้งที่	รายการประเมิน	ผลการประเมินพัฒนาการเด็ก	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 1 ก่อนการฝึกพัฒนาการ	DAIM/TEDA4I/DSPM	อายุจริง 9 เดือน 3 วัน GM,FM,RL,EL=4 เดือน PS = 6 เดือน ล่าช้า ไม่สมวัย	อายุจริง 25 เดือน 2 วัน สมวัยGM = 24 เดือน FM = 18 เดือน RL,EL= 12 เดือน PS = 15 เดือน ล่าช้า ไม่สมวัย
	Denver II	Delayed GM,FM,L,PS	Normal GM Delayed FM,L,PS
	PDDSQ	อายุยังไม่ถึงเกณฑ์ประเมิน	Positive = 27 คะแนน
ครั้งที่ 2 (3 เดือน หลังการฝึกพัฒนาการ)	DAIM/TEDA4I/DSPM	อายุจริง 12 เดือน 1 วัน GM,RL,PS=8 เดือน FM,EL= 10 เดือน ล่าช้า ไม่สมวัย	อายุจริง 28 เดือน 4 วัน สมวัยGM= 30 เดือน FM,PS= 18 เดือน EL,RL = 15 เดือน ล่าช้า ไม่สมวัย
	DAIM/TEDA4I/DSPM	อายุจริง 15 เดือน 3 วัน สมวัย GM,EL,PS=15 เดือน ล่าช้า FM,RL= 12 เดือน	อายุจริง 31 เดือน 3 วัน สมวัยGM=30 เดือน FM,RL,EL,PS=24 เดือน ล่าช้า ไม่สมวัย
	Denver II	Normal GM,PS Delayed FM,L	Normal GM Delayed FM,L,PS
ครั้งที่ 3 (6 เดือน หลังการฝึกพัฒนาการ)	PDDSQ	negative	Positive = 15 คะแนน
	DSPM	อายุจริง 18 เดือน 4 วัน GM,FM,RL,ELและPS=18 เดือน สมวัย	อายุจริง 34 เดือน 3 วัน สมวัยGM=36 เดือน FM,PS = 30 เดือน RL,EL = 29 เดือน ล่าช้า ไม่สมวัย
	DSPM	อายุจริง 21 เดือน 1 วัน GM,FM,RL,ELและPS=24 เดือน เกินวัย	อายุจริง 37 เดือน 5 วัน สมวัย GM,FM,PS = 36 เดือน RL,EL = 30 เดือน ล่าช้า ไม่สมวัย
ครั้งที่ 4 (9 เดือน หลังฝึกพัฒนาการ)	Denver II	Normal Denver II	Normal GM, FM, PS, Delayed language
	PDDSQ	negative	negative
	PDDSQ	negative	negative

จากตารางที่ 3 พบว่า กรณีศึกษา มีพัฒนาการดีขึ้น จากการประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน TEDA4I DAIM และ DSPM ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Denver II หลังการฝึก 12 เดือน กรณีศึกษาที่ 1 มีพัฒนาการสมวัยเท่ากับพัฒนาการ

เด็กปกติทุกด้าน ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 มีพัฒนาการสมวัย 3 ด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM) กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา (FM) และ การช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS) ส่วนพัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (RL) และการใช้

ภาษา (EL) ยังมีความล่าช้าเพียง 1 ช่วงวัยเท่านั้น แต่พบการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือ ผลคะแนนการประเมินคัดกรองโรคในกลุ่มพัฒนาการผิดปกติอย่างรอบด้าน (PDDSQ) ที่มีคะแนนลดลง โดยในการประเมินก่อนฝึกมีคะแนน 27 คะแนน ซึ่งจัดว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออทิซึม แต่หลังการฝึก พบว่ามีคะแนนลดลง ในเดือนที่ 6

เหลือ 15 คะแนน และหลังฝึก 12 เดือนประเมินไม่พบความเสี่ยงดังกล่าว

4.2 ผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ปกครอง จากการภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแล ทั้งสิ้น 3 ครั้งหรือทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล ผลลัพธ์ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ปกครองของกรณีศึกษาที่ 1 และ 2

ครั้งที่	รายการประเมิน	ผลการประเมินสุขภาพจิตผู้ปกครอง	
		กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ครั้งที่ 1 (ก่อนฝึกพัฒนาการ)	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า	2Q positive= 2 คะแนน	2Q positive= 2 คะแนน
	2Qและ9Q	9Q =9 คะแนน มีอาการซึมเศร้า ระดับน้อย	9Q =21 คะแนน มีอาการซึมเศร้า ระดับรุนแรง
	แบบประเมินความเครียด SPST-20	มีระดับความเครียดสูง (50 คะแนน)	มีระดับความเครียดสูง (55 คะแนน)
ครั้งที่ 2 (6 เดือน หลังการฝึกพัฒนาการ)	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า	2Q negative	2Q positive= 2 คะแนน
	2Qและ9Q	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	9Q =10 คะแนน มีอาการซึมเศร้า ระดับน้อย
	แบบประเมินความเครียด SPST-20	มีระดับความเครียด ปานกลาง (38 คะแนน)	มีระดับความเครียด น้อย (22 คะแนน)
ครั้งที่ 3 (12 เดือน หลังการฝึกพัฒนาการ)	แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า	2Q negative	2Q negative
	2Qและ9Q	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
	แบบประเมินความเครียด SPST-20	มีระดับความเครียด น้อย (23 คะแนน)	มีระดับความเครียด น้อย (16 คะแนน)

จากตาราง พบว่า ก่อนฝึก ผู้ปกครองของเด็กทั้ง 2 ราย มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ผู้ปกครองของกรณีศึกษาที่ 1 มีคะแนนความเครียด 50 คะแนน และผู้ปกครองของกรณีศึกษาที่ 2 มีคะแนนความเครียด 55 คะแนน แต่สังเกตว่า ในครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ปกครองมีระดับความเครียดลดลง โดยผู้ปกครองกรณีศึกษาที่ 1 มีคะแนนความเครียด 38 คะแนน ระดับปานกลาง และ 23 คะแนน ระดับน้อย ตามลำดับ ส่วนผู้ปกครองกรณีศึกษาที่ 2 มีคะแนนความเครียดระดับน้อย ทั้ง 2 ครั้ง คือ 22 และ 16 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงตามตารางที่ 5 สำหรับการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่า ก่อนฝึกประเมินครั้งที่ 1 ผู้ปกครองกรณีศึกษาที่ 1 มีคะแนนอาการซึมเศร้าในระดับน้อย ส่วน ผู้ปกครองกรณีศึกษาที่ 2 มีคะแนนอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง ต่อมาในการประเมินครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ปกครองกรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบภาวะซึมเศร้า ส่วนผู้ปกครองกรณีศึกษาที่ 2 มีคะแนนอาการซึมเศร้าในระดับน้อย คือ 22 คะแนน และ 16 คะแนนตามลำดับ

4.3 การประเมินความพึงพอใจ จากการประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลหลังสิ้นสุดการฝึกพัฒนาการ พบว่า ผู้ปกครองของกรณีศึกษาที่ 1 และ 2 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเรื่องสื่อมัลติมีเดียออนไลน์ บางเรื่องมีปัญหาเรื่องการเปิดดูที่บ้าน และต้องใช้เวลาโหลดข้อมูลนาน

อภิปรายผล

1. ภายหลังการฝึกพัฒนาการ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพัฒนาการที่ดีขึ้น โดยเริ่มเห็นได้ชัดในช่วงเดือนที่ 3 หลังการฝึก ซึ่งการฝึกพัฒนาการในการศึกษานี้ได้ใช้สื่อประกอบเพื่อเสริมสร้างทักษะของผู้ดูแล ทำให้เข้าถึงการบริการในช่วงสถานการณ์โควิดได้รวดเร็วในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีเป้าหมายให้เด็กพัฒนาการล่าช้าได้เข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการให้เร็วที่สุด การกระตุ้นพัฒนาการเร็วยังทำให้เด็กมีโอกาเรียนรู้อีกมากขึ้น¹ นอกจากนี้ การที่เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้น อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองทั้ง 2 ราย มีการฝึกที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ตาม

ตารางการฝึก และมีความเอาใจใส่ สืบค้นข้อมูล รวมทั้งมีวิธีการใหม่ๆ ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เช่น ผู้ปกครองรายที่1 พาเด็กไปเลี้ยงในสวนขณะทำสวน ให้เด็กเกาะราวไม้ไผ่เดินตามยาย ส่วนผู้ปกครองรายที่2 ส่งซื้อลิ้นมังกรซึ่งเป็นของเล่นสมัยก่อน เพื่อฝึกให้เด็กเป่าลมออกจากปากและควบคุมลมได้ เป็นต้น

2. ผู้ปกครองของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับความเครียดสูง และมีภาวะซึมเศร้าในช่วงแรกก่อนการฝึก เนื่องจาก ในช่วงเดือนแรก จะอยู่ในช่วงของการเตรียมความพร้อม ซึ่งพยาบาลที่ทำหน้าที่โค้ช จะต้องรวบรวมข้อมูลต่างๆ และประเมินปัญหา ของผู้ปกครอง เพื่อสะท้อนให้ผู้ปกครองเห็นช่องทางการแก้ไขปัญหของตนเอง^{2,5} รวมทั้งจะคอยเป็นที่ปรึกษาและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ทำให้ระดับความเครียด และภาวะซึมเศร้า ของผู้ปกครองทั้ง 2 ราย ลดลง และการที่พัฒนาการของลูกดีขึ้น ก็มีผลทำให้สุขภาพจิตของผู้ปกครองดีขึ้นด้วย ดังนั้น การดูแลและเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลหรือผู้ปกครองเด็ก จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ และการที่พ่อแม่ผู้ปกครอง จะฝึกกระตุ้นพัฒนาการให้ลูกได้ย่อมต้องการผู้เชี่ยวชาญ ที่จะคอยชี้แนะ และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ต่างๆ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่ต้องเป็นโค้ชให้กับผู้ปกครอง เพื่อให้การกระตุ้นพัฒนาการบรรลุเป้าหมายและมีทิศทางที่เหมาะสม⁴

สรุป

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมพัฒนาการ Early-intervention โดยใช้ การโค้ช (coaching) ผ่านสื่อมัลติมีเดีย ในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ในช่วงสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เด็กมีพัฒนาการดีขึ้น และผู้ปกครองมีสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของรัฐบาลด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และสอดคล้องกับคำกล่าวของนักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลศาสตราจารย์ดร.เจมส์ เจ เฮคแมน “การลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าให้ผลตอบแทนแก่สังคมที่สูงที่สุดในระยะยาว โดยคืนผลตอบแทนกลับคืนมาในอนาคตมากถึง 7 เท่า”^{2,5}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนารูปแบบการ Early Intervention ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการในรายที่มีความล่าช้าอย่างชัดเจน และปรับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมในปัจจุบันที่เทคโนโลยีการสื่อสารมีความก้าวหน้า

2. ควรส่งเสริมให้มีการอบรมเพิ่มทักษะการโค้ช (Coaching) ให้พยาบาลคลินิกพัฒนาการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. หน่วยที่ 3 การคัดกรองเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ. ใน: เอกสารการสอนชุดวิชา การดูแลเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษ 21010 (10203010) สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 1-7. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี; 2559 :หน้า 1-51.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ครั้งที่14 :รายงานประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ;9-11 สิงหาคม 2564;ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น.กรุงเทพมหานคร.2564
- 3.พรชนันท์ บุญคง , เอกสารประกอบการประชุมผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2563 และเตรียมความพร้อมการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2564 ; 14 กันยายน 2563;ณ ห้องประชุม 2 ชั้น 4 สถาบันพัฒนาอานามวัยเด็กแห่งชาติ;2563
- 4.นิตยา คชภักดี. พัฒนาการของเด็ก. ใน : วันดี วราวิทย์, ประพุด ศิริบุญย์, สุรางค์ เจียมจรรยา, บรรณาธิการ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 3). กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก พับลิชชิง ; 2541 : 1-6.
- 5.ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2565). พัฒนาการเด็ก. ศูนย์วิชาการแฮปปี้โฮม.(On line).2563 (ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2564)จาก <https://www.happyhomeclinic.com/sp02-development.htm>
6. รุ่งอรุณ บุตรศรี,สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์ และปราณี มีหาญพงษ์.ผลของการนิเทศตามโมเดลการโค้ชแบบโกรว์ของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ต่อความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ.วารสารมหาวิทยาลัยศรีเตียน,2563 ,26(2),84-95.
- 7.พรพิมล รักพงษ์ไทย,พัชรา เทพพิทย์ และพัชรี เปล่งประยงค์.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดราชบุรีประจำปี 2565 :รายงานการปรับรูปแบบบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า ในสถานการณ์ COVID-19 ของคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี : วันที่ 19-20 พฤษภาคม 2565:ณ ห้องประชุมศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี; 2565

8. จุฬารัตน์ หัวหาญ และอรชร อินทองปาน.). การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข,2558; 25(1), 166-177.
9. วิตมอร์, จอห์น. โค้ชชิ่งกลยุทธ์การโค้ชเพื่อพิชิตเป้าหมายอย่างมืออาชีพ.[Coaching for performance] (วุฒินันท์ ชุมภู, ผู้แปล) .พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.2553.
10. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ทีเอสอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด.2560
11. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention : TEDA4I). กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด ;2562

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร

ศรีสุดา ศรีมงคล พย.บ*, เพชรภรณ์ ประสารน้ำ พย.ม*

ศุภกร ศิริเต็มกุล พย.บ**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพ ตามแนวคิดของเดมมิง (Deming Cycle) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ 33 คน ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 60 คนและผู้ดูแลหลัก 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ผลการศึกษา พบว่า 1) ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ประกอบด้วย แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Flow Early Warning Sign for Palliative Care) แนวทางการส่งปรึกษา Palliative care แนวทางการดูแลและคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร 2) ผลลัพธ์การนำใช้ระบบ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลแบบครบวงจร ร้อยละ 90.55 ความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=4.51$) ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.49$) สรุปได้ว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ทำให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการมากขึ้น และได้รับการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมองค์รวม ครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลล่วงหน้า จึงเป็นระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสร้างความพึงพอใจทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลขอนแก่น

The Development of Palliative Care for End-of-Life Cancer Patients: Comprehensive Care

Srisuda Srimongkon B.N.S.*, Petcharaporn Prasarncham M.N.S.*
Supakorn Siritemkul B.N.S.**

ABSTRACT

The Deming Cycle was employed in this study to develop a comprehensive palliative care system for end-of-life cancer patients. The samples consisted of 66 healthcare personnel in multidisciplinary team, 60 end-of-life cancer patients and 60 primary caregivers. The instrument used in the study was a comprehensive palliative care system for end-of-life cancer patients. The data collection instruments were: 1) a semi-structured interview form and a comprehensive palliative care record form, 2) a questionnaire on family satisfaction on comprehensive palliative care for end-of-life cancer patients and 3) a questionnaire on care providers' satisfaction on comprehensive palliative care for end-of-life cancer patients. The findings were as follows. 1) The comprehensive palliative care system for end-of-life cancer patients consisted of the Flow Early Warning Sign for Palliative Care, the guideline for receiving *palliative care consultation* services, and the manual of comprehensive palliative care for end-of-life cancer patients. 2) The results of the care system implementation revealed that 90.55% of the end stage cancer patients received comprehensive palliative care. The family satisfaction on comprehensive palliative care for end-of-life cancer patients was at a high level ($\bar{X}$ =4.51). The care providers' satisfaction was at a high level ($\bar{X}$ =4.49). It can be concluded that the development of a palliative care system for end-of-life cancer patients allows end-of-life cancer patients to be more accessible to services and receive comprehensive palliative care. In addition, their families are informed and involved in the planning of care in advance. Therefore, it is an efficient care system that creates satisfaction for both care providers and care receivers.

Keywords : The development system, Palliative Care, The End-of-Life Cancer Patients

* Registered Nurse, Professional Level

** Registered Nurse, Practitioner Level, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ.2560 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 18.1 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร¹ ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น สาเหตุเนื่องมาจากการวินิจฉัยในระยะลุกลามและแพร่กระจาย ซึ่งไม่มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้¹ ผู้ป่วยจึงมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ ที่ต้องการการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้สามารถปรับตัวเผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังพร้อมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์²

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เป็นระยะที่การดำเนินของโรคไม่สามารถรักษาให้หายได้ การทำงานของอวัยวะสำคัญจะทรุดลงเรื่อยๆ ไม่สามารถกลับเข้าสู่สภาพปกติ และเสียชีวิตในที่สุด ปัจจุบันผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด อาการรบกวนที่ทำให้ไม่สบาย เช่น กระวนกระวาย ซึมเศร้า หายใจลำบาก ท้องผูก เป็นต้น ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองควบคู่กับการรักษาหลัก โดยนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มุ่งเน้นพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการ การดูแลแบบประคับประคองและได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย ผู้ป่วยระยะท้ายได้เข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง มีเครือข่ายรับ-ส่งต่อ และได้รับข้อมูลการรักษาและมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญกับอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ความไม่สบาย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต³

ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ในปีพ.ศ 2557-2559 จำนวน 93; 574 และ 555 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.49, 48.31 และ 49.77 ตามลำดับ⁴ จากการทบทวนจากการดำเนินงาน พบว่า ข้อมูลการส่งปรึกษาหน่วยงานศูนย์พลังใจทำให้การดูแลแบบประคับประคอง ช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2560 พบว่า คะแนนระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Performance Scale : PPS) ≤

ร้อยละ 30 จำนวน 91 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.92 การได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการปวดและได้รับยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid analgesics) จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.39 มีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ได้รับการจัดการอาการด้วยยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ จำนวน 62 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.24 จากการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งปรึกษาทีมศูนย์พลังใจ พบว่า ญาติมีความรู้เรื่องโรคแต่ผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ คิดเป็นร้อยละ 6.60 ญาติและผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคแต่ไม่รู้การพยากรณ์โรค ร้อยละ 9.43 ทางด้านบุคลากรพบว่า บุคลากรทีมผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.60 ยังขาดความรู้ ทักษะในการประเมินและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับดูแลที่ไม่ครอบคลุมองค์รวม การจัดการความปวดและอาการรบกวนอื่นๆ ไม่ครอบคลุม รวมถึงการส่งต่อข้อมูลสู่เครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การเตรียมความพร้อมด้านอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ ร้อยละ 67.35

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ของศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยนำแนวคิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของWHO 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) ดูแลแบบเป็นทีมสหวิชาชีพ 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล และ 6) เป้าหมายในการดูแลเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว มาเป็นแนวคิดหลักในการพัฒนาระบบ ซึ่งแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของ WHO นี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวมมากขึ้น³ เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและสร้างความพึงพอใจ

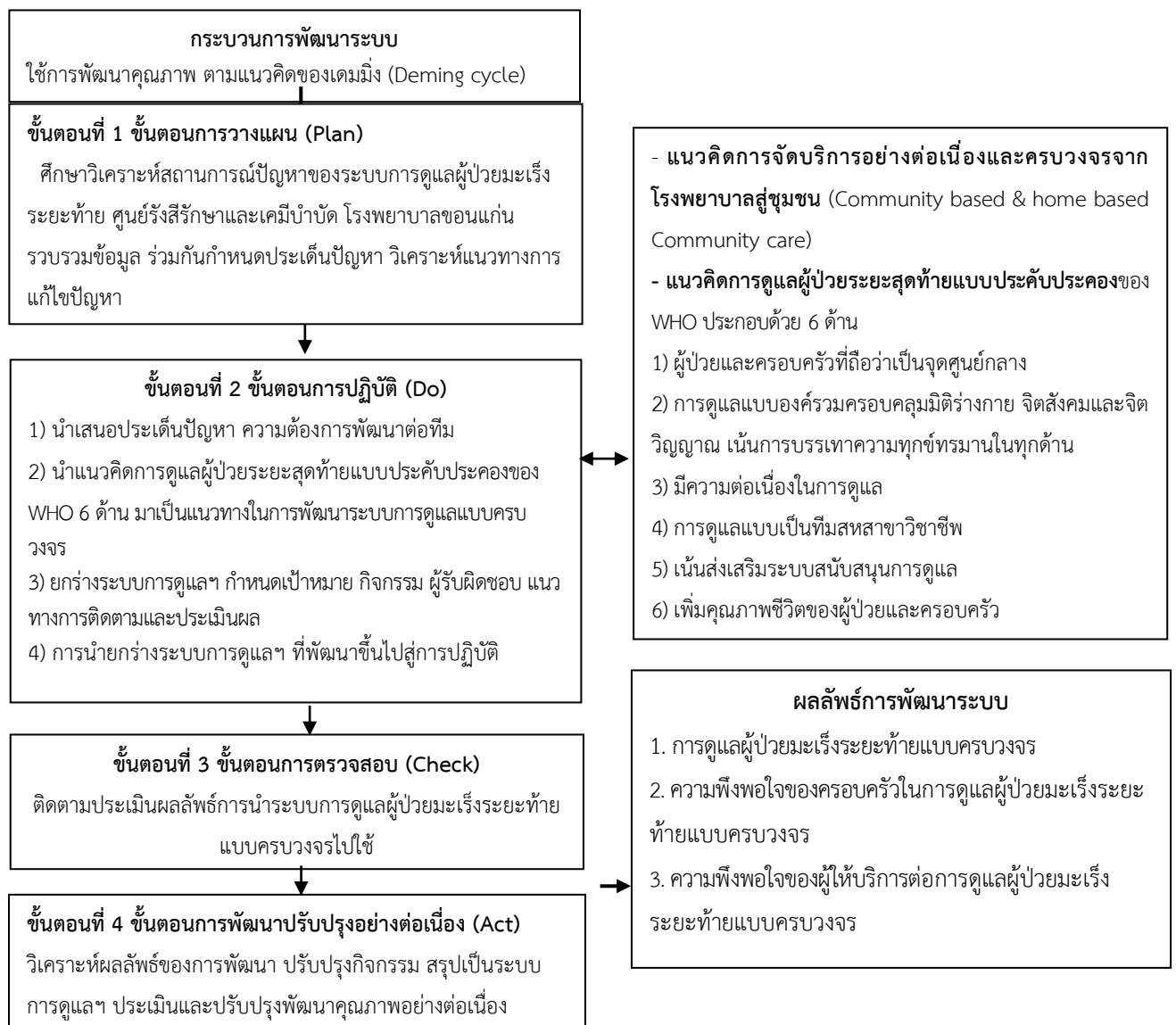
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ครั้งนี้ ใช้แนวคิดการจัดการบริการอย่างต่อเนื่องและครบวงจรจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Community based & home based Community care)⁵ ควบคู่กับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ WHO ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้าน¹ ส่วนกระบวนการพัฒนาใช้แนวคิด

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วงจรเดมมิง² ซึ่งการพัฒนาคุณภาพต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) เป็นการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพ 2) การปฏิบัติ (Do) นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปลงมือปฏิบัติ 3) การติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติ (Check) และ 4) การพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act) กรอบแนวคิดการพัฒนาในการศึกษานี้ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร

วิธีการดำเนินวิจัย การศึกษาใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) ตามกรอบแนวคิดวงจรเดมมิง

(Deming cycle)² เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) เป็นขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์

สภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน 2) การปฏิบัติ (Do) เป็นขั้นตอนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร และนำไปใช้ 3) การติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติ (Check) เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ภายหลังจากนำไปใช้ และ 4) การพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act) เป็นการสะท้อนผลของการนำใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น และปรับปรุงให้เหมาะสม เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ที่ได้รับการรักษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2560 ถึง กันยายน 2561 จำนวน 60 คน 2) ผู้ดูแลหลัก จำนวน 60 คน และ 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ จำนวน 33 คน ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 7 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการประจำหอผู้ป่วย จำนวน 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ซึ่งได้จากการพัฒนาระบบ ในระยะที่ 2 ของการศึกษา คือ ประกอบด้วย 1) แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Flow Early Warning Sing for Palliative Care) 2) แนวทางการส่งปรึกษา Palliative care และ 3) คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้ในการเก็บข้อมูลในระยวิเคราะหส์ถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและผู้ดูแลหลัก ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด มีคำถามจำนวน 5 ข้อ กลุ่มเป้าหมายตอบคำถามที่ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เอง

2.2 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง สร้างโดยการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยและกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการศึกษา เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของบุคลากร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ Checklist เลือกตอบ ปฏิบัติ ไม่ปฏิบัติ

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ จากระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert's scale) 5 ระดับ จากระดับน้อยที่สุดถึงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน นำข้อเสนอแนะที่ได้มาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) และทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีความใกล้เคียงกัน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ 1) แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ค่าเท่ากับ 0.78 2) แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ได้ค่าเท่ากับ 0.85 และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ได้ค่าเท่ากับ 0.80

การดำเนินการศึกษา แบ่งช่วงเวลาการศึกษา เป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการศึกษา และ 2) ระยะดำเนินการศึกษา รายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 การเตรียมความพร้อมของผู้ศึกษา โดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.2 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ทำความเข้าใจกับบุคลากรในแต่ละหอผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยดำเนินการศึกษา ตามขั้นตอนแนวคิดวงจรเดมมิง (Deming cycle)² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่นในปัจจุบัน ก่อนเริ่มดำเนินการพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการจัดระบบ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม โดยใช้การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยตั้งคำถามตามแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และมีคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาหรือประเด็นที่เกี่ยวข้อง รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สรุปประเด็นปัญหา และความต้องการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Do) เป็นการพัฒนาและนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยประชุมทีมกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมการศึกษา นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนา ผู้เข้าร่วมตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูล แสดงข้อคิดเห็นต่อประเด็นปัญหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ร่วมกันวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหา และยกร่างระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ผู้วิจัยนำยกร่างระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ไปให้ผู้ทางคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจรฉบับยกร่างตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

การนำระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจรที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ดำเนินการช่วงเดือน ตุลาคม 2560 ถึง เดือนกันยายน 2561 มีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้วิจัยจัดประชุมระยะเวลา 1 วัน เพื่อชี้แจงแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Flow Early Warning Sign for Palliative Care) แนวทางการส่งปรึกษา Palliative care ให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร พร้อมมอบคู่มือให้ศึกษาเพิ่มเติม 2) การนิเทศการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของบุคลากร

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและการประเมินผลการปฏิบัติ (Check) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การนำใช้ระบบระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น กับกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 3 กลุ่ม โดยให้กลุ่มเป้าหมายพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 33 คน ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร กลุ่มเป้าหมายผู้ดูแลหลักจำนวน 60 คน ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร และผู้วิจัยเก็บข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ภายหลังการนำใช้

ขั้นตอนที่ 4 การพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Act) เป็นการสะท้อนผลลัพธ์การนำใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น สอบถามปัจจัยที่ส่งเสริมให้ปฏิบัติได้ และสิ่งที่เป็นอุปสรรคของการพัฒนาจากกลุ่มเป้าหมาย นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ ทบทวน ปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบท และสรุประบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ สถานการณ์การสภาพปัญหาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยใช้แผนที่ความคิดในการจัดกลุ่มข้อความสำคัญ และสรุปเป็นประเด็นหลัก วิเคราะห์และอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงกับกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษา ประโยชน์ ผลเสียหรือผลกระทบที่อาจได้รับการศึกษา เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ พร้อมชี้แจงกลุ่มเป้าหมายว่า คำตอบที่ตอบไม่มีการตรวจถูกผิด ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ในแบบสอบถาม และการเข้าร่วมโครงการเป็นไปตามความสมัครใจ ส่วนผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย

ผลการศึกษา ผลการศึกษา นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สถานการณ์การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น สภาพปัญหา และแนวทางแก้ไข ส่วนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น และส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การจัดระบบการดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด
โรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์
สภาพปัญหาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น
นำเสนอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถานการณ์ สภาพปัญหา ของระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น

องค์ประกอบ	ปัญหาที่พบ
1. ผู้ให้บริการและทีมสหสาขาวิชาชีพ	1. การส่งปรึกษาทีม End of life ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อม 2. ผู้ให้บริการ ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 3. การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยยังไม่เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม 4. พยาบาล PCWN ยังขาดความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จึงยังต้องปรึกษาพยาบาล PCZN
2. การดูแลแบบองค์รวมที่มุ่งบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน	1. แนวทางการประเมิน การจัดการและบรรเทาความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ยังไม่ชัดเจน ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสม 2. การยืมอุปกรณ์ Syringe Driver อุปกรณ์ต่างๆ ที่ต้องนำกลับไปใช้ที่บ้าน รวมทั้งยา Opioid ยังมีความยุ่งยากหลายขั้นตอน
3. การส่งเสริมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายให้กับผู้ดูแล	1. รูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ดูแล มีความหลากหลาย 2. เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น Syringe Driver ชุดให้ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น 3. การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของภาคีเครือข่ายในชุมชนยังมีค่อนข้างน้อย
4. การดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	1. แนวทางและเครื่องมือในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและครอบครัวยังไม่ชัดเจน 2. ผู้ให้บริการมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย
5. การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ	1. การประสานการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน 2. การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลไม่ชัดเจน

จากตารางที่ 1 พบว่า สภาพปัญหาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ของศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น คือ โครงสร้างและการบริหารจัดการไม่ชัดเจน บุคลากรมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองไม่เพียงพอ ขาดการกำกับ นิเทศการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง มีข้อจำกัดด้านภาระงานและการประสานการส่งต่อผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเมื่อกลับบ้าน

ส่วนที่ 2 ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น จากประเด็นปัญหาที่สรุปได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย นำสู่การวางแผนแนวทางแก้ไขสถานการณ์การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย

1) การกำหนดเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย (Flow Early Warning Sing for Palliative

Care) เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผู้ป่วยให้ได้เข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ครอบครัวทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร โดยมีแนวทางการดูแลและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการดูแล ซึ่งแนวทางการดูแลจะครอบคลุม แนวทางการบริหารยา Opioid รวมถึงการวางแผนดูแลล่วงหน้า ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในการจัดการอาการรบกวน การบริหารยาต่อเนื่อง และการดูแลคุณภาพชีวิตในรายที่เข้าสู่ระยะท้าย การเตรียมผู้ดูแลและประสานเครือข่าย โรงพยาบาลใกล้บ้าน การเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน Syringe Driver เครื่องดูดเสมหะ และติดตามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 3) กำหนดให้พยาบาล PCWN ปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลประคับประคอง (Palliative Care Nurse: PCN) จากศูนย์พลังใจ โรงพยาบาลขอนแก่น กำหนดหน้าที่ให้ประเมินและติดตามอาการผู้ป่วย รวมทั้ง

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น (N=60)

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร	58	96.67
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายแบบครบวงจร	56	93.33
3. ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการทุกข์ทรมานในทุกด้าน	44	73.33
4. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	56	93.33
5. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการวางแผนการดูแลและเตรียมอุปกรณ์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	56	93.33
6. ผู้ป่วยได้รับการประสานส่งต่อเครือข่ายและชุมชน	56	93.33
7. ภาพรวมผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลในระยะท้ายแบบครบวงจร	54	90.55

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร (N=60)

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	SD
1. การได้รับทราบข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	22 (36.67)	26 (43.33)	12 (20.0)	0	0	4.32	0.56
2. การได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย	23 (38.33)	29 (48.33)	8 (13.34)	0	0	4.40	0.50
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านร่างกายและจิตใจอย่างเหมาะสม	21 (35.0)	27 (45.0)	12 (20.0)	0	0	4.38	0.50
4. การได้รับการช่วยเหลือ/แนะนำ/อำนวยความสะดวกตลอดการดูแลผู้ป่วย	16 (26.67)	26 (43.33)	18 (30.0)	0	0	4.32	0.47

ติดตามการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร โดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เมื่อพบอาการผิดปกติจะรายงานแพทย์ Palliative Care เพื่อขอคำสั่งการรักษาการจัดการอาการรบกวนต่างๆ

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น 2) ความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร และ 3) ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร แสดงดังตารางที่ 2, 3 และ 4

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	SD
5. ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานและอาการรบกวน	28 (46.66)	20 (33.33)	12 (23.33)	0	0	4.28	0.54
6. การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านความเชื่อและพิธีกรรมทางศาสนา	40 (66.66)	16 (33.33)	4 (6.66)	0	0	4.70	0.46
7. ความพึงพอใจในภาพรวมทั้งหมด	18 (30.0)	38 (63.33)	4 (6.66)	0	0	4.51	0.55

ตารางที่ 4 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร (N=33)

กิจกรรม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	SD
1. ความเหมาะสมของแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร	10	20	3	0	0	4.42	0.54
2. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงและเป้าหมายการรักษาเป็นระยะ	17	14	2	0	0	4.54	0.57
3. ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการดูแลครอบคลุมองค์รวม	12	19	2	0	0	4.48	0.57
4. การเตรียมความพร้อมญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	17	14	2	0	0	4.50	0.57
5. ความพึงพอใจในภาพรวมทั้งหมด	13	20	0	0	0	4.49	0.52

จากตารางที่ 2, 3 และ 4 พบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ภาพรวมผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลในระยะท้ายแบบครบวงจร ร้อยละ 90.55 ด้านที่ได้รับการดูแลสูงสุดคือ ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร คิดเป็นร้อยละ 96.67 รองลงมาได้แก่ การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการดูแลและเตรียมอุปกรณ์สำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และการส่งต่อเครือข่ายและชุมชนเมื่อเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ส่วนความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจรภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.51) ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือด้านความเชื่อและพิธีกรรมทางศาสนาตามที่ต้องการ ($\bar{X}$ =4.70) รองลงมาคือ การได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจในการดูแล

ผู้ป่วย ($\bar{X}$ =4.38) ผลลัพธ์ความพึงพอใจผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจรภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.49) ด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและเป้าหมายการรักษาเป็นระยะมีส่วนสำคัญช่วยในการตัดสินใจเลือกแนวทาง ($\bar{X}$ =4.54) รองลงมาคือ การเตรียมความพร้อมญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทำให้อาการหรือผู้ดูแลมีความมั่นใจและคลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยลงได้ ($\bar{X}$ =4.50)

อภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น โดยใช้แนวคิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรเดมมิง (Deming cycle) ทำให้ภาพรวม

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลในระยะท้ายแบบครบวงจรครอบคลุมองค์รวมเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 90.55 ซึ่งสอดคล้องกับ ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ³ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายครบองค์รวมมากขึ้น ร้อยละ 91.68 โดยการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบครอบคลุมองค์รวม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยและทีมได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ซึ่งระบบนี้ได้พัฒนาจากแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบองค์รวมของ WHO 6 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมมิติร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลแบบเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล และ 6) เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบครอบคลุมองค์รวม และกระบวนการสร้างและพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจรมีผลเกี่ยวข้องให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น

2. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร

2.1 ความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.51$) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ศูนย์รังสีรักษาและเคมีบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ทำให้มีคู่มือและแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนำไปใช้และปฏิบัติตามแนวทางได้ครอบคลุม ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งสอดคล้องกับ ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ³ พบว่า ผู้ให้บริการมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.09$) และสอดคล้องกับ ฐิติมา ปลื้มใจ⁷ ที่ได้ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสงขลา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่สามารถบูรณาการให้เข้ากับบริการพยาบาลที่ง่ายต่อการปฏิบัติ มีความรู้เพิ่มขึ้นคู่กับการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยองค์รวม เพิ่มคุณค่าในตนเองและวิชาชีพ

2.2 ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.49$)

ทั้งนี้เนื่องจาก การมีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจรที่ชัดเจน ทำให้ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติและดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมองค์รวมตามแนวคิดของ WHO ทั้ง 6 ด้าน จึงส่งผลให้ครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับ ทศนีย์ เทศประสิทธิ์ และคณะ³ พบว่า ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับ พิมพ์นิต ภาศรี แสงอรุณ อิศระมาลัย และอุไร หัตถกิจ⁸ ที่ศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความต้องการช่วยเหลือของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปพัฒนาคุณภาพงาน

1.1 ควรกำหนดตัวชี้วัด รวมทั้งรูปแบบการประเมินผลระบบที่ชัดเจนและต่อเนื่อง นำผลลัพธ์สู่การปรับปรุงงานที่เหมาะสมตามบริบท

1.2 ควรขยายการนำใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจร ให้ครอบคลุมทุกหน่วยงานโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

1.3 นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลของการนำใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบครบวงจรและวัดผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของผู้ป่วยระยะท้ายโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการนำใช้ระบบ และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพื่อให้ทราบประสิทธิผลต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน และนำสู่การขยายผล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care : Global Health Observatory ; 2018 [2018 Jul 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. World Health Organization. Pain relief and Palliative Care. In : National Cancer Control Programmes.

- Policies and managerial guidelines.2nd ed.
WHO Geneva: 2000; 83-91.
3. Tussanee Tasprasit, Phimolrat Phimdee,
Sasipin Mongkolchai. The Development of the
Palliative Care
System for End of Life Patients at Udonthani
Hospital. Nursing Journal of the Ministry of
Public Health
: 2019; 23:1, 80-88.
4. Planing and Information office, Khon Kaen
Hospital. Statistical patient report. Khon Kaen
Hospital; 2012.
5. Pramote Thangkratok. Patient Referral
Systems: Key process of health services
management. J Med Health Sci: 2018;
.25:3,109-121.
6. Stocklien M. Quality improvement systems,
Theory and Tools. Chicaco. Health
Administration press; 2005.
7. Thitima Pleumjai. Management Model for
Nursing Service Quality Developing of Palliative
Care in Songkhla
Hospital. Journal of Prachomklao College of
Nursing, Phetchaburi Province: 2020; 3:1, 73-
93.
8. Pimpanit pasri, Sangarun Isaramalai, Urai Hattakit.
Family Caregivers' Support Needs in Caring for End-
Stage
Cancer Patients. Songklanagarind Journal of
Nursing:: 2012; 35:2, 79-91.

การนิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล:ความท้าทายของอาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยง

จินตนา สุวิทวัส ปร.ด.*

บทคัดย่อ

การนิเทศการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล เป็นการประยุกต์แนวคิดการนิเทศการศึกษา ในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล จึงเป็นความท้าทายของอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง โดยวิเคราะห์บริบทของแหล่งฝึกและความต้องการที่จำเป็นในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล นำมาวางแผนการนิเทศ ปฏิบัติการนิเทศ และประเมินผลการนิเทศ โดยประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา มีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ความปลอดภัยในการผ่าตัด การป้องกัน และการควบคุมการติดเชื้อ ความปลอดภัยในการให้ยาและเลือดแก่ผู้ป่วย ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่คาสายและท่อต่างๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : การนิเทศของอาจารย์นิเทศ การนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง ความท้าทาย

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nursing Practice Supervision of Nursing Students: Challenges of the clinical supervisor and preceptor

Chintana Suwittawat Ph.D.*

Abstract

Nursing practice supervision of nursing students is an application of the educational supervision concept in nursing practice supervision of nursing students. Therefore, it is a challenge for clinical supervisors and preceptors. The context of the clinical training sites and the needs necessary for the nursing practice of nursing students are analyzed for planning the supervision, performing the supervision and evaluating the supervision's results. The goal of evaluating the nursing practice of nursing students is to ensure the safety of patients, including surgical safety, infection prevention and control, safety in medication and blood administration, safety in patient care processes, safety of patients using tubes, laboratory results and safety in caring for critically ill patients.

keywords: Supervision of clinical supervisors; supervision of preceptors; challenges

*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพจำเป็นต้องประกอบด้วยการศึกษา ภาควิชาและภาคปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้บัณฑิต พยาบาลมีความรู้ และมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล¹ สำหรับการศึกษาภาคปฏิบัติ สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดอัตราส่วนของอาจารย์นิเทศต่อนักศึกษาพยาบาล 1: 8 ทั้งนี้เพื่อให้ นักศึกษาได้เรียนรู้ภาคปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย² ปัจจุบันพบว่าสถาบันการศึกษาพยาบาลมีจำนวนอาจารย์นิเทศไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพบนหอผู้ป่วยให้มีสมรรถนะในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อทำหน้าที่นิเทศการปฏิบัติและสอนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยให้แก่ นักศึกษาพยาบาล³ ซึ่งแนวทางในการพัฒนาพยาบาลพี่เลี้ยงประกอบด้วย 1) การได้มาซึ่งพยาบาลพี่เลี้ยง โดยการคัดเลือกพยาบาลพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล จากการประเมินความรู้ความสามารถในการสอนภาคปฏิบัติ 2) ประชุมปรึกษาระหว่างคณะกรรมการรายวิชา กับพยาบาลพี่เลี้ยง มีการสื่อสารระหว่างอาจารย์ประจำรายวิชา กับพยาบาลพี่เลี้ยง และ 3) ประเมินผลการนิเทศของพยาบาลพี่เลี้ยง⁴ ซึ่งพยาบาลพี่เลี้ยงที่ได้รับคัดเลือกจะได้รับการพัฒนาฝึกอบรมแบบเข้ม ดังนั้น ในทางปฏิบัติจะเห็นได้ว่า ผู้ทำหน้าที่จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติและนิเทศการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลบนหอผู้ป่วยจะมีทั้งอาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยง ตามบริบทของสถานที่ฝึกปฏิบัติงาน

จากการศึกษาการสอนภาคปฏิบัติของพยาบาลพี่เลี้ยงและแนวทางการพัฒนา ระบบพยาบาลพี่เลี้ยง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติพบว่า ปัญหาของพยาบาลพี่เลี้ยงในการสอนภาคปฏิบัติ คือ ปัญหาของการนิเทศนักศึกษา และ ปัญหาความรู้ทางทฤษฎีไม่ได้รับรู้ลึกซึ้งมาก⁴ ดังนั้นการเพิ่มพูนความรู้ และทบทวนหน้าที่การเป็นผู้นิเทศให้กับพยาบาลพี่เลี้ยง จึงเป็นการพัฒนาพี่เลี้ยงให้มีประสิทธิภาพ

วิชาชีพการพยาบาล เป็นการปฏิบัติต่อร่างกายมนุษย์ ความผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลที่เรียนภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วย จึงจะต้องได้รับการดูแลจากอาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยงอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจได้ว่า นักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรมตาม

มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย⁵ การนิเทศมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถของนักศึกษาพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้น การนิเทศจึงเป็นงานที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ส่วนพยาบาลพี่เลี้ยง มีคุณค่าและมีความสำคัญในการพัฒนาการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในคลินิก ทำให้การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติมีความราบรื่นและ มีผลดี ช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอาจารย์นิเทศ³

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ การนิเทศนักศึกษาพยาบาลแก่อาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง เพื่อช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดการนิเทศการศึกษาและบทบาทของอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล

การเรียนการสอนภาคปฏิบัติ เป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาล เพราะเป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษานำความรู้ภาคทฤษฎี ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดผลในการปฏิบัติจริงได้อย่างเหมาะสมกับโอกาสและสถานการณ์ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาล เป็นบริการที่ให้กับมนุษย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีโรคหรือความเจ็บป่วย บริการที่ให้นั้นจำเป็นจะต้องพิจารณาถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงต้องใช้ความรู้ ความสามารถทั้งศาสตร์และศิลป์ ในปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลเป็นเพียงผู้เริ่มฝึกหัดให้การพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้การพยาบาลนั้นถูกต้องและปลอดภัย จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่จะต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลภายใต้การนิเทศ ผู้ที่ทำหน้าที่นี้ได้เหมาะสมคืออาจารย์นิเทศ นอกจากนี้ยังมีพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นอาจารย์นิเทศ⁶ โดยที่ผู้นิเทศจะเป็นผู้ที่มีอำนาจหรือมีอิทธิพลในการตัดสินใจให้ปฏิบัติมากกว่านักศึกษา

การนิเทศเป็นการพัฒนาหรือการเจริญงอกงามจากแนวคิดการนิเทศการศึกษา ซึ่งยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์บริบทและความต้องการที่จำเป็น (Need Assessment) เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายของการนิเทศ 2) การวางแผนการนิเทศ (Planning) เป็นการจัดทำแผนการนิเทศ จัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการนิเทศ 3) การ

ปฏิบัติการนิเทศ (Doing) โดยผู้นิเทศทำการนิเทศ โดยสอนงานและเป็นที่ปรึกษา (Coaching and Mentoring) แบบกัลยาณมิตร การสะท้อนกลับ (Reflecting) การสาธิต (Demonstration) ให้ผู้รับการนิเทศรู้สึกดี เกิดความ ต้องการพัฒนาและเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ (Reinforcing) ไปด้วย 4) การประเมินผลการนิเทศ (Evaluation) โดยประเมินผู้รับการนิเทศและประเมินผู้ นิเทศ⁷

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 ได้ห้ามบุคคลที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ปฏิบัติหน้าที่ แต่กฎหมายได้ยกเว้นให้นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติงานอยู่ในความควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ซึ่งได้แก่ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลที่เลี้ยง จากสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์ของรัฐ หรือได้รับอนุญาตจากทางราชการให้จัดตั้ง หรือสถาบันการศึกษาที่คณะกรรมการสภาการพยาบาลรับรอง⁶ ดังนั้น อาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยง จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาควบคุมดูแล ผู้เรียนให้สามารถ ให้การดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย โดยจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้สอนแนะนำ ถ่ายทอดประสบการณ์ และควบคุมดูแลไม่ให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาล ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย⁸ ซึ่งบทบาทของอาจารย์นิเทศและ พยาบาลที่เลี้ยงในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 5 บทบาท ได้แก่^{9,10}

1. เป็นผู้สอน (Teacher and coach) โดยอาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยงเป็นผู้สอนทฤษฎีและ การนำความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติ อาจารย์นิเทศ พยาบาลที่เลี้ยงจะต้องจัดเตรียมสถานที่ สื่อการเรียนการสอน รวมทั้ง จัดหาเวลาสำหรับการเรียนการสอน เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้
2. เป็นผู้นำ (Leader and influencer) ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยอาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยงต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดมาตรฐานการพยาบาล จริยธรรมทางการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย อย่างเท่าเทียมกัน คำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ป่วย เคารพสิทธิผู้ป่วย และแสดงให้เห็นนักศึกษาเห็นว่า พยาบาลมีสิทธิในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง

3. เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) โดยอาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยงมอบหมายงานให้นักศึกษาพยาบาล ฝึกปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายนั้นอย่างเป็นอิสระ โดยมีอาจารย์นิเทศ พยาบาลที่เลี้ยงคอยดูแลอยู่ห่างๆ เมื่ออาจารย์นิเทศ พยาบาลที่เลี้ยงมั่นใจว่านักศึกษามีความรู้ สามารถฝึกปฏิบัติงานที่มอบหมายได้

4. เป็นผู้ประเมินผล (Evaluator) โดยอาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยงประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้ นักศึกษาสามารถพัฒนาคุณภาพการฝึกปฏิบัติงานได้ดียิ่งขึ้น

5. เป็นแบบอย่าง (Role model) โดยอาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยงต้องมีภาวะผู้นำและมีสมรรถนะ ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับ นักศึกษาพยาบาล

แนวปฏิบัติของอาจารย์นิเทศ พยาบาลที่เลี้ยงในการนิเทศนักศึกษาพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แนวปฏิบัติของอาจารย์นิเทศและพยาบาลที่เลี้ยงในการนิเทศการปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล มีดังนี้

1. ปฐมนิเทศนักศึกษาพยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย โดยเน้นให้นักศึกษาพยาบาลเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ทางทฤษฎีและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล¹¹ เน้นให้นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์นิเทศหรือพยาบาลที่เลี้ยงเท่านั้น ไม่ปฏิบัติการพยาบาลโดยลำพัง¹² และเน้นให้นักศึกษาให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย มีคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ¹³

2. สร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นทั้งในตัวอาจารย์นิเทศ พยาบาลที่เลี้ยงและนักศึกษาพยาบาล ตั้งแต่ นักศึกษาเข้ามาเรียนในคณะพยาบาลศาสตร์ จนกระทั่งจบการศึกษา¹⁴ โดยบูรณาการแนวปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยสอดแทรกเข้าไปในการเรียนการสอนภาคปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา¹⁵

3. อาจารย์นิเทศ และพยาบาลที่เลี้ยง ร่วมกันประชุมปรึกษาทางการพยาบาล (Pre-conference) กับนักศึกษาพยาบาล ก่อนฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยกล่าวถึงเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety goal) เพื่อสร้างความตระหนักและให้นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย¹⁶

เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่¹⁷

1) ความปลอดภัยในการผ่าตัด (Safe surgery) ได้แก่ ความปลอดภัยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

2) การป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ (Infection, prevention and control) ได้แก่ การล้างมือ ที่ถูกต้อง การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

3) ความปลอดภัยในการให้ยาและเลือดแก่ผู้ป่วย (Medication and blood safety) ได้แก่ การให้ยา เลือดและส่วนประกอบของเลือดถูกต้อง การใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล

4) ความปลอดภัยในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient care processes) ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วยได้ ถูกต้อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการความปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งต่ออย่างปลอดภัย

5) ความปลอดภัยของผู้ป่วยที่คาสายและท่อต่างๆ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Line, tube, catheter and laboratory) ได้แก่ การดูแลข้อต่อ ท่อต่างๆ ไม่ให้เลื่อนหลุด การเชื่อมต่อข้อต่อและท่อต่างๆ ถูกต้อง รวมทั้งความถูกต้องและแม่นยำของผลการทดสอบทาง ห้องปฏิบัติการ

6) การดูแลผู้ป่วยวิกฤติได้อย่างปลอดภัย (Emergency response) ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ในภาวะวิกฤติ การใช้จ่ายในภาวะฉุกเฉินได้ถูกต้อง ความปลอดภัยของมารดาและทารกแรกเกิด

4. อาจารย์นิเทศ พยาบาลพี่เลี้ยง ไม่ปล่อยให้ นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลโดยลำพัง¹² ยกตัวอย่าง การ นิเทศเพื่อป้องกันการบริหารยาผิดพลาดของนักศึกษา พยาบาลมีขั้นตอนดังนี้¹⁸

ขั้นตอนที่ 1 นักศึกษาพยาบาลศึกษาข้อมูลยาที่ ผู้ป่วยได้รับ

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนเทคนิคการเตรียมยา กับ อาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยง

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจเช็คใบบันทึกการให้ยากับ แผนการรักษาของแพทย์พร้อมอาจารย์นิเทศ พยาบาลพี่ เลี้ยง

ขั้นตอนที่ 4 จัดเตรียมยาและบริหารยาตาม หลัก 6R ได้แก่ Right drug, Right patient, Right dose, Right route, Right time, Right documentation พร้อม กับอาจารย์นิเทศ

ขั้นตอนที่ 5 อาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง ตรวจสอบความถูกต้อง ทบทวน ความรู้ และเทคนิคการให้ ยา แก่ผู้ป่วยของนักศึกษาพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 นำยาที่จัดเตรียม พร้อมรถฉีด ยา ไปที่เตียงผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบถามชื่อ-สกุลจาก ตัว ผู้ป่วยหรือญาติ ป้ายข้อมือ ว่าตรงกันกับใบบันทึกการให้ยา หรือไม่ และให้ข้อมูลการให้ยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติ

ขั้นตอนที่ 8 บริหารยาให้กับผู้ป่วย ถูกต้องตาม หลักการให้ยาแต่ละวิธี ภายใต้การนิเทศของอาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยง

ขั้นตอนที่ 9 บันทึกผลการให้ยา ผู้ให้ยา ตำแหน่ง เวลาที่ให้ยา พร้อมอาการและอาการแสดง กรณี เป็นกลุ่มยา High alert drug

ขั้นตอนที่ 10 ประเมินผลหลังการให้ยา พร้อม อาจารย์นิเทศ

5. กรณีเกิดอุบัติการณ์ ปฏิบัติการพยาบาล ผิดพลาดของนักศึกษา อาจารย์นิเทศ พยาบาลพี่เลี้ยง ร่วมกันประชุมปรึกษาหลังปฏิบัติการพยาบาล (Post-conference) กับนักศึกษา ทบทวนอุบัติการณ์ วิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางป้องกันแก้ไขโดยการพูดคุย และสอบถามหลังปฏิบัติการพยาบาล¹²

ความท้าทายสำหรับอาจารย์นิเทศและพยาบาล พี่เลี้ยง

จากการนิเทศนักศึกษาพยาบาลโดยอาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยง ถึงแม้จะมีบทบาทเป็นผู้สอน เป็นผู้ นำ เป็นผู้อำนวยการความสะดวกร เป็นผู้ประเมินผล เป็นแบบอย่าง รวมทั้งมีแนวปฏิบัติสำหรับอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่ เลี้ยงดังกล่าวข้างต้น แต่ยังพบอุบัติการณ์ขณะฝึกปฏิบัติการ พยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการ ดังจะเห็น ได้จากการรวบรวมอุบัติการณ์ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล ในการประชุมการจัดการความรู้เรื่องการควบคุมอุบัติการณ์ การปฏิบัติงานทางคลินิกของนักศึกษาระหว่างแหล่งฝึกและ สถาบันการศึกษาที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นบนหอ ผู้ป่วย ได้แก่ นักศึกษาไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง⁶ นักศึกษาใช้ปากคีบหยิบจับสำลีไม่ถูกวิธี การบริหารยา ผิดพลาด¹⁹ ขาดสมาธิสภาพร่างกายอ่อนล้าและไม่ กระฉับกระเฉง จากการพักผ่อนไม่เพียงพอ²⁰ นักศึกษาขาด ความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน ดังจะเห็นได้จาก

การศึกษาการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติบนหอผู้ป่วยสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่านักศึกษามีความพร้อมในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 4.05$, $S.D.=.35$)²¹ รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การย้ายเตียงผู้ป่วย โดยไม่เปลี่ยนชื่อผู้ป่วย เมื่อนักศึกษาพยาบาลไปให้การพยาบาลโดยไม่สอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วย แต่ใช้วิธีการดูป้ายชื่อหน้าเตียง จึงทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน¹⁹

จากอุบัติการณ์ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้นดังกล่าว จึงเป็นความท้าทายของอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงจะต้องป้องกันความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การทบทวนความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย การทำความเข้าใจมาตรฐานและนโยบายของแหล่งฝึก เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและทัศนคติต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล²² รวมทั้งการนิเทศอย่างใกล้ชิดจากทั้งอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง²³ โดยประยุกต์แนวความคิดการนิเทศการศึกษา⁷ มาใช้ในการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลดังนี้

1. วิเคราะห์บริบทและความต้องการที่จำเป็น (Need Assessment) โดยอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงทำการวิเคราะห์บริบทของแหล่งฝึก ความต้องการของนักศึกษาสำหรับการฝึกปฏิบัติ แล้วกำหนดวัตถุประสงค์ในการนิเทศ
2. การวางแผนการนิเทศ (Planning) โดยอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงจัดทำแผนการนิเทศ เครื่องมือในการนิเทศให้สอดคล้องกับบริบทของแหล่งฝึกและความต้องการของนักศึกษา
3. การปฏิบัติการนิเทศ (Doing) โดยอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงทำการนิเทศ โดยสอนงานและเป็นที่ปรึกษา (Coaching and Mentoring) แบบกัลยาณมิตร การสะท้อนกลับ (Reflecting) การสาธิต (Demonstration) ให้นักศึกษารู้สึกดี เกิดความต้องการพัฒนาและเสริมสร้างขวัญและกำลังใจ (Reinforcing) แก่นักศึกษาไปด้วย รวมทั้งนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนี้

3.1 การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้จาก 4 แหล่ง²⁴ ได้แก่ 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 2) การสังเกตตัวแบบ 3) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงใจด้วยคำพูด 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ โดยอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงต้องปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับนักศึกษา ที่สังเกต ชี้แนะให้นักศึกษาเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาดลายความเครียด ความกลัวที่จะปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้นักศึกษาเกิดการประเมินตนเองว่า ถ้านักศึกษาสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามความรู้จากทฤษฎี จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

3.2 การเสริมสร้างทัศนคติต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยของพยาบาลสี่เหล่าทัพ ได้แก่ พยาบาลกองทัพบก พยาบาลกองทัพอากาศ พยาบาลตำรวจ พบว่าเจตคติและการรับรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.64$, $p<0.01$)²⁵ ดังนั้น การเสริมสร้างทัศนคติต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล อาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงต้องกระตุ้น ชี้แนะ ปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก สอน ให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุนและส่งเสริมรวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดี²⁶ ให้นักศึกษารับรู้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษามีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อให้นักศึกษาเกิดทัศนคติต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3.3 การนิเทศอย่างใกล้ชิดจากทั้งอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง

การนิเทศอย่างใกล้ชิดจากทั้งอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง โดยประเมินความรู้ ทักษะ ความพร้อม รวมทั้งเสริมความมั่นใจให้กับนักศึกษาก่อนการทำการหัตถการกับผู้ป่วย เปลี่ยนบทบาทจากผู้นิเทศมาเป็นเพื่อนเรียนรู้ไปด้วยกันระหว่างผู้นิเทศกับนักศึกษา โดยอาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยง นิเทศนักศึกษาด้วยความเอื้อ

อาหาร เป็นกัลยาณมิตร ชื่นชมเมื่อนักศึกษาปฏิบัติงานได้ดี และปลอบใจเมื่อนักศึกษาปฏิบัติได้ยังไม่ดีพอ²⁷

4. การประเมินผลการนิเทศ (Evaluation) โดย อาจารย์นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงทำการประเมินผลการ ปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อ การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา

สรุป

การจัดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร บัณฑิต เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพจำเป็นต้อง ประกอบด้วย การศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ อาจารย์ นิเทศและพยาบาลพี่เลี้ยงที่นิเทศภาคปฏิบัติ มีบทบาทเป็น ผู้สอนทฤษฎีและการนำความรู้ทางทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เป็น ผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระ เป็นผู้ประเมินผล การฝึกปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา และเป็นแบบอย่าง ในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการ นิเทศนักศึกษาพยาบาลมีแนวปฏิบัติการนิเทศสำหรับ อาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยง คือ ประเมินนิเทศนักศึกษา พยาบาลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย สร้าง วัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดขึ้นทั้ง ในตัวอาจารย์นิเทศ พยาบาลพี่เลี้ยงและนักศึกษาพยาบาล อาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยง ร่วมกันประชุมปรึกษา ทางพยาบาลกับนักศึกษาพยาบาล ก่อนฝึกปฏิบัติการ พยาบาล เกี่ยวกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย อาจารย์นิเทศ พยาบาลพี่เลี้ยง ไม่ปล่อยให้ นักศึกษาปฏิบัติ การพยาบาลโดยลำพัง กรณีเกิดอุบัติเหตุขณะฝึก ปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์นิเทศ พยาบาลพี่เลี้ยง ร่วมกัน ประชุมเพื่อค้นหาสาเหตุและแนวทางป้องกันแก้ไข ถึงแม้ อาจารย์นิเทศ พยาบาลพี่เลี้ยงมีบทบาท และมีแนวปฏิบัติใน การนิเทศ แต่ยังเกิดอุบัติเหตุในขณะฝึกปฏิบัติการ พยาบาล และกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเป็น ความท้าทายสำหรับผู้ที่นิเทศที่จะป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ความเสี่ยงขณะฝึกปฏิบัติงาน อันจะเกิดความเสียหายต่อ ผู้ป่วย ดังนั้น อาจารย์นิเทศ และพยาบาลพี่เลี้ยงต้อง เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เสริมสร้างทัศนคติต่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษาปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยด้วยความปลอดภัย และการนิเทศอย่างใกล้ชิดจากทั้งอาจารย์นิเทศและ พยาบาลพี่เลี้ยง

References

1. Chaiyasak M. Nursing teaching methods in clinics. 2nd ed. Bangkok: Thanapress; 2557. (in Thai)
2. Nursing Council. [online] 2017 [cited 2018 November 27]. Available from: <http://www.tnc.or.th/knowledge/know08.html> (in Thai)
3. Nantsupawat A., Sngounsiritham U. Mentoring system and nursing professional development. Nursing Journal 2562;46(3):232-38. (in Thai)
4. Natetanasantombat K., Namchantana R., Pantasee P., Luangwilai E. Clinical teaching of preceptors and directions for preceptorship development, faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University HCU Journal of Health Science 2558;19(3):71-88. (in Thai)
5. Chaowalit A, Nasae T. Ethics of teaching in baccalaureate nursing program. Songklanagarind Journal of Nursing 2559;36(3):261-70. (in Thai)
6. Chaowalit A, Khampalikit S, Nasae T, Chantamas S. Editor. Ethical guidelines for nursing organizations: Mechanisms and Practices. Bangkok: Chutthong; 2558. (in Thai)
7. Somuthai S. Educational Supervision an assistance to develop of learning management competencies in 21st century. The Journal of Research and Academics 2565;5(3):275-288. (in Thai)
8. Charmcharng S, Arttamaytakul W, Pituksin D. The effect of readiness preparation for nursing practice in ward of 2nd year nursing students, Borommarajonnani college of Nursing, Ratchaburi. Science and Technology Journal Ubon

- Ratchathani University 2561;20(3):147-63. (in Thai)
9. Weitzel KW, Walters EA, Taylor J. Teaching clinical problem solving: a preceptor's guide. *Am J Health Syst Pharm* 2012;69(18):1588-99.
 10. Nualkaew T., Kraichan S. Experience of nurse preceptors of nursing student in the nursing administration practicum. *Journal of MCU Nakhondhat* 2022;9(6):31-49.
 11. Strategy and risk management. Risk management in practice of nursing students Boromarajonani College of Nursing Phrae. Phrae: Boromarajonani College of Nursing Phrae; 2560. (in Thai)
 12. Academic Department. Guideline for risk management and supervision of the safety of nursing students. Phitsanulok: Boromarajonani College of Nursing, Buddha Chinnarat, Faculty of Nursing, Phra Boromrajchanok Institute ; 2565. (in Thai)
 13. Steps to prevent and manage risk in practice of nursing students [online] n.d. [cited 2020 May 25]. Available from: http://www.ubu.ac.th/web/files_up/77f2015020216235562.pdf (in Thai)
 14. Prevention and risk management in practice of students of the Faculty of Nursing Hua Chiew Chalermprakiet University. [online] n.d. [cited 2020 May 25]. Available from: <http://nurse.hcu.ac.th/upload/files/v/> (in Thai)
 15. Risk Management Committee. Risk management manual and risk management of students in the Faculty of Nursing. St.Teresa International College of Nursing. Nakhon Nayok: Faculty of Nursing St.Teresa International College of Nursing; 2555. (in Thai)
 16. Jerayingmongkol P., Naksrisang W., Nahathaiphokin J. The Situation of risk management for patient safety and patients' risk prevention guidelines for practicing on the wards among nursing students, Boromarajonani College of Nursing Chakriraj. *Journal of Prachomkloa College of Nursing, Phetchaburi Province* 2563;3(3):204-220. (in Thai)
 17. Hospital Quality Assurance Institute (Public organization). Patient safety targets in Thailand B.E.2561. Nonthaburi: Hospital Quality Assurance Institute (Public organization); 2556. (in Thai)
 18. Procedures for preventing false drug administration of nursing students [online] n.d. [cited 2020 May 25]. Available from: <http://www.nurse.up.ac.th/oldweb/document/> (in Thai)
 19. Boromarajonani College of Nursing, Lampang. Teacher Meeting Minutes Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang. Lampang: Boromarajonani College of Nursing, Lampang; 2559. (in Thai)
 20. Kumkong M. Patient Safety: A Guideline to Nursing Practicum. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2019 6(1), 216-228. (in Thai)
 21. Charmcharng S, Arttamaytakul W, Pituksin D. The effect of readiness preparation for nursing practice in ward of 2 nd year nursing students, Borommarajonnani college of Nursing, Ratchaburi. *Science and Technology Journal Ubon*

- Ratchathani University 2561;20(3):147-63.
(in Thai)
22. Chunchomgul C., Wangsukpisan A. Factors Related To The Performance Of Clinical Practice For Patient Safety Among Nursing Students The Journal of Faculty of Nursing Burapha University.2020; 1 (28):100-113. (in Thai)
 23. Jerayingmongkol P., Naksrosang W., Nahathaiphokin J. The Situation of risk management for patient safety and patients' risk prevention guidelines for practicing on the wards among nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Chakiraj. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2020;3(3): 204-220. (in Thai)
 24. Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
 25. Paorohit W., Khamrath J., Malafoy S., Charermruengrong J. The Association between knowledge, attitude, and perception of patient safety skills of the armed forces nurses. Journal of Nursing and Education 2020;13(4):92-104. (in Thai)
 26. Bandansin J., Poonchai S., Chaleoykitti S., Kanglee K. Practices in preceptor's role of professional nurses in the training places of The Royal Thai Army Nursing College. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2558;16(3):32-41. (in Thai)
 27. Topairo P. Clinical teaching: Clinical supervision. [online] 2013 [cited 2021 November 11]. Available from: http://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/Km/56/km_supervision.html



โรงพยาบาลขอนแก่น

KHON KEAN HOSPITAL

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