



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนชั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวมารี เชือกทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ
๒	นายรัฐพงษ์ จงสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายยุทธพร พิรุณสาร)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวมารี เชือกทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๕๒๙๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๕๒๙๕	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระเจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหินเย็บปล้นจากเลนส์ตาบวม : กรณีศึกษา
						ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาสื่อการให้ความรู้โรคต่อกระเจกโดยใช้แผ่นภาพอินโฟกราฟิก (Infographic) โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)
						รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"
๒	นายรัฐพงษ์ จงสิทธิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๖๑๒๓๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๑๒๓๙	เลื่อนระดับ  ๑๐๐%
						ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้า : กรณีศึกษา
						ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้า
						รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

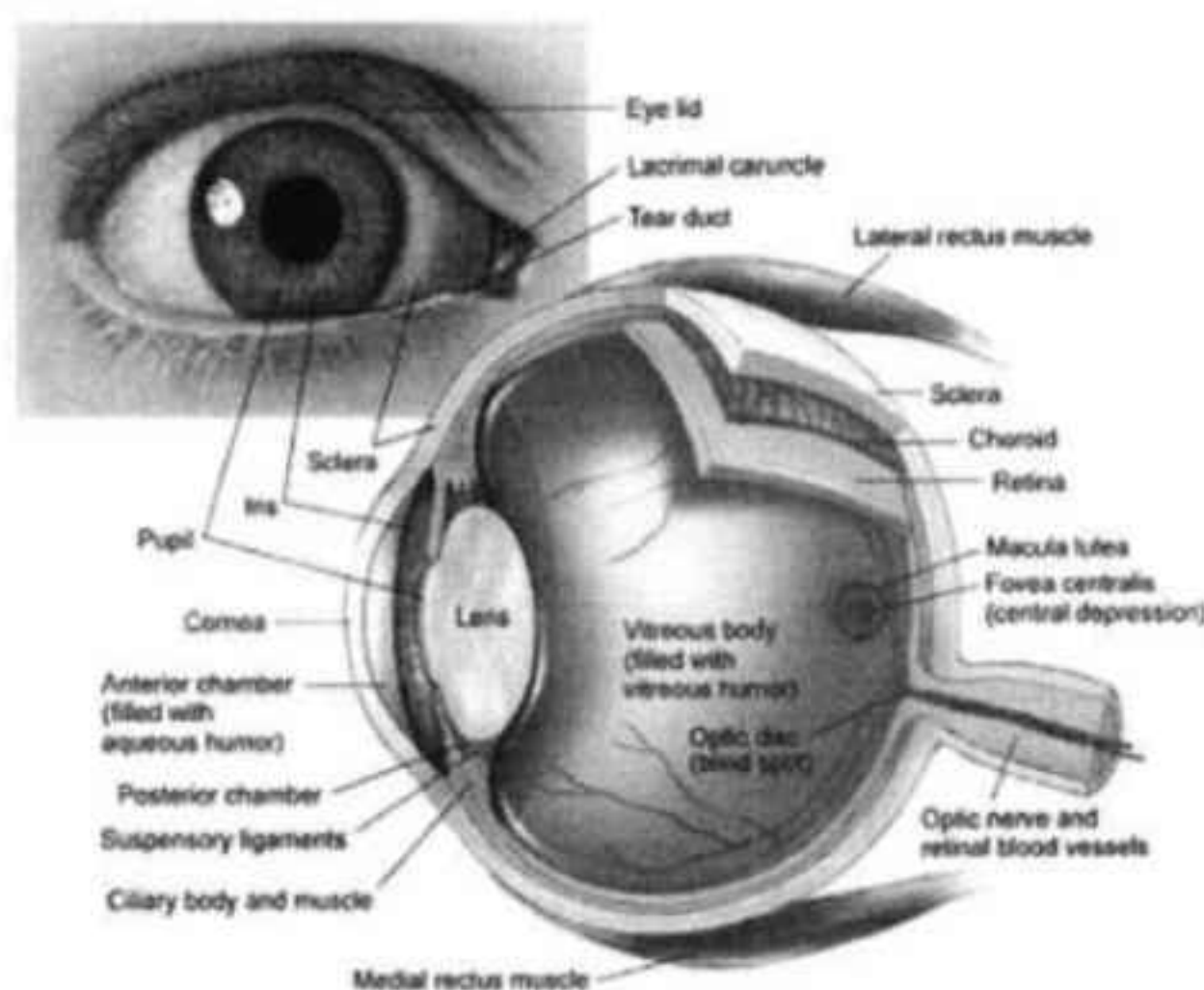
๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหินเย็บพลันจากเลนส์ตาบวม :  
กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ - ๓ ธันวาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก

๓.๑.๑ กายวิภาคและสรีรวิทยา



รูปที่ ๑ โครงสร้างตา

ดวงตามีโครงสร้างซับซ้อนและมีองค์ประกอบหลายส่วนที่ทำงานร่วมกันเพื่อการมองเห็น ซึ่งรวมถึงกระจกตา(Cornea), เลนส์ตา(Lens), ม่านตา(Iris), ฐานตา(Vitreous humor)และจอตา(Retina) ที่มีการทำงานเป็นระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ของเหลวในลูกตา(Aqueous humor) เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความดันในตาเพื่อคงรูปร่างของลูกตาและช่วยให้น้ำเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ในดวงตาทำงานได้ตามปกติ (อภิชาติ สิงคาลวณิช, ๒๕๕๘)

เลนส์ตา(Lens) เป็นโครงสร้างรูปเหรียญที่มีความโค้งนูนทั้ง ๒ ด้าน โดยที่ด้านหลังจะนูนมากกว่าด้านหน้า ไม่มีเส้นเลือดและมีลักษณะใส หนาประมาณ ๔ มิลลิเมตร กว้าง ๙ มิลลิเมตร มีเอ็นแขวนเลนส์ตา(Zonule) ยึดติดกับ ซีเลียรีบอดี(Ciliary body) โดยรอบด้านหน้าจะติดกับน้ำเลี้ยงลูกตาบริเวณ ช่องระบายน้ำเลี้ยงลูกตาส่วนหลัง(Posterior chamber) ด้านหลังจะต่อกับ น้ำฐานตา(Vitreous) โดยที่ในเด็กจะติดกันแน่น เลนส์ตาจะมีแคปซูลหุ้มอยู่โดยรอบด้านใต้ของด้านหน้าถุงหุ้มเลนส์(Anterior capsule) จนไปถึงบริเวณจุดกึ่งกลางเลนส์ตา(Equator) จะมีชั้นของเนื้อเลนส์ชั้นนอก(Lens epithelium) ทำหน้าที่ผลิตใยของเนื้อเลนส์ส่วนกลาง(Lens cortex fiber) ที่นุ่มการทับถมของ เส้นใยของเลนส์ตา(Lens fiber) เหล่านี้แน่นขึ้น

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ทำให้เกิดเนื้อเลนส์ตาชั้นในสุด(Lens nucleus) ที่มีเนื้อแข็งอยู่ในบริเวณส่วนกลางของตัวเลนส์ เลนส์ทำหน้าที่สำคัญ ๓ อย่าง

๑. ช่วยให้มีการหักเหของแสง(Refraction) – กำลังการหักเหแสงของเลนส์มีค่าประมาณ + ๒๐ Diopter(D) (๑/๓ ของ Total refractive power ของลูกตา)

๒. ทำหน้าที่ปรับการจุดโฟกัสของภาพที่อยู่ใกล้ให้ตกลงบนจอประสาทตาได้อย่างชัดเจน (Accommodation) การ Accommodate เกิดขึ้นเมื่อก้ามเนื้อซีเลียรี(Ciliary muscles) หดตัว ส่งผลผ่านเอ็นแขวนอุ้งหุ้มเลนส์ตา(Zonules) ทำให้เลนส์หนาขึ้นมีพลังโฟกัสภาพที่อยู่ใกล้ให้ชัด เลนส์มี Accommodative ability น้อยลงเมื่อมีอายุมากขึ้นเนื่องจากการแข็งตัวของเลนส์และ Zonular ciliary complex อ่อนแอลง ในผู้ที่มีอายุเกิน ๔๐-๔๕ ปีการเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้เกิดภาวะสายตายาวในคนสูงอายุ (Presbyopia) และมีความจำเป็นที่จะใส่แว่นอ่านหนังสือ(Reading spectacles)

๓. เลนส์ตามีความสามารถป้องกันลูกตาส่วนหลัง(Posterior Segment) ของตาจากแสง U.V. (กรองได้ถึง ๙๘%) และเป็น Physical barrier ระหว่างลูกตาส่วนหน้า(Anterior segment) และ ลูกตาส่วนหลัง(Posterior segment) เลนส์ตา มีส่วนประกอบคือLens capsule, Lens cortex , Lens nucleus เลนส์ตาไม่มีเลือด หรือ เส้นประสาทแต่ได้รับอาหารและออกซิเจนจากน้ำเลี้ยงลูกตา และน้ำวุ้นตาเนื้อเลนส์ตาจะประกอบด้วยน้ำมากกว่า๖๐%และโปรตีน ๓๕% ในส่วนของโรคต้อกระจก เป็นภาวะของเลนส์ตาที่ขุ่นมัว (Lens opacity) ซึ่งทำให้ลดประสิทธิภาพของการมองเห็น(Visual acuity) พยาธิสภาพของโรคต้อกระจกเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ ,เคมี และโปรตีนในเลนส์ตา เลนส์ตามีอายุสูงขึ้นจะมีความหนา, ขุ่นขึ้น, มีเม็ดสี(Pigment) มากขึ้น และความหนาตัว(Density) สูง ในต้อกระจกหลายชนิดจะพบว่าการเปลี่ยนแปลงของเมตาบอลิซึมและองค์ประกอบโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงโปรตีนในเลนส์ตา มีการเพิ่มของน้ำในเนื้อเลนส์ของสารโซเดียม และ แคลเซียม สามารถนำไปสู่การเสื่อมและบวมของเลนส์ตาได้ส่งผลให้เกิดโรคต้อกระจกและทำให้ช่องหน้าม่านตาดันมากขึ้นจนนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ซีเลียรีบอดี(Ciliary body) มีรูปร่างคล้ายสามเหลี่ยมในภาพตัดตามยาวของลูกตาโดยจะเรียงเป็นวงรอบลูกตา โดยจะต่อเชื่อม ม่านตา(Iris) กับคอลลอยด์(Choroid) ส่วนหน้าของ Ciliary body จะมีความหนากว่า และมีผิวขรุขระเรียกส่วนนี้ว่า Par plicata ส่วนด้านหลังจะค่อยๆ บางลงไปสู่คอลลอยด์(Choroid) และมีผิวที่เรียบเรียกส่วนนี้ว่า Par plana บริเวณ Par plicata จะมี Ciliary process ซึ่งเป็น Epithelium ที่เรียงตัวทาบไปทาบมา ในแนวตั้งและแนวขวางรอบลูกตาโดยจะมีประมาณ ๖๐ - ๗๒ Process ในบริเวณนี้จะมีเส้นเลือดแตกแขนงย่อยเป็นเส้นเลือดขนาดเล็กจำนวนมาก และเป็น Fenestrated capillary ทำให้มีการรั่วของสารต่างๆได้ ในบริเวณนี้จะมี Epithelium ๒ ชั้น ชั้นใน(ติดกับน้ำวุ้นตา) เป็น Non-pigmented epithelium ซึ่งตรงกับเส้นประสาทในชั้นจอตา(Neuroretina) และชั้นนอกจะเป็น Pigmented epithelium มีหน้าที่ในการ สร้างน้ำเลี้ยงลูกตา(Aqueous humor) โดยกระบวนการกรองอย่างละเอียด(Ultrafiltration) เป็นหลักในส่วนของการผลิตและระบายของเหลวนี้ น้ำเลี้ยงลูกตาถูกผลิตโดยเซลล์ในบริเวณซีเลียรีบอดี

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

(Ciliary body) ของดวงตา ซึ่งมีหน้าที่หลักในการสร้างของเหลวที่ไหลเวียนผ่านรูม่านตาไปสู่ช่องหน้าตา (Anterior chamber) จากนั้นของเหลวจะถูกระบายออกทางมุมตาระหว่างกระจกตาและม่านตาผ่านทางระบบท่อระบายน้ำ (Trabecular meshwork) และขลยม์คานแนล (Schlemm's canal) ซึ่งเป็นระบบกรองสำคัญ (ธัญญารัตน์ เกิดผล, ๒๕๖๔)

หากระบบระบายของเหลวมีการอุดตันหรือทำงานผิดปกติ จะทำให้เกิดการสะสมของความดันในช่องหน้าตา ความดันที่สูงขึ้นนี้ส่งผลโดยตรงต่อเส้นประสาทตา (Optic nerve) และเซลล์ที่รับภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นในผู้ป่วยโรคต้อหินได้ การสะสมของความดันลูกตาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มักจะไม่สามารถปรากฏอาการในช่วงแรก (ธัญญารัตน์ เกิดผล, ๒๕๖๔)

นอกจากนี้ เส้นประสาทตาที่ถูกทำลายจากความดันลูกตาสูงจะส่งผลกระทบต่อการรับภาพจากดวงตาไปยังสมอง โดยเฉพาะเซลล์ปมประสาท (Ganglion cells) ซึ่งมีความบอบบางและไวต่อความดันลูกตาสูงที่สะสมเป็นเวลานาน เมื่อเส้นประสาทตาได้รับความเสียหาย จึงไม่สามารถฟื้นตัวได้

#### ๓.๑.๒ อุบัติการณ์ของโรคต้อกระจก

ต้อกระจก เป็นโรคตาที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ในพ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่า ทั่วโลกมีประชากรที่มีสายตาสั้นหรือตาบอดหนึ่งพันล้านคน ซึ่งต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับที่ ๑ ที่ทำให้เกิดตาบอด โดยพบว่ามีจำนวนทั้งหมด ๙๔ ล้านคน อันดับที่ ๒ สายตาสั้นที่ไม่ได้รับการแก้ไขจำนวน ๘๘.๔ ล้านคน และอันดับที่ ๓ โรคต้อหิน ๗.๗ ล้านคน (World Health Organization, ๒๐๒๓) โรคต้อกระจกเป็นโรคตาที่เกิดจากภาวะเลนส์แก้วตาที่มีความขุ่น จนนำไปสู่การมองเห็นที่ลดลง และสามารถทำให้เกิดสายตาสั้นหรือตาบอดได้ โดยความขุ่นของเลนส์แก้วตาจะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดวิสัยทัศน์ The right to sight by the year ๒๐๒๐ เพื่อให้ประเทศสมาชิกตระหนัก และเร่งแก้ไขป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีสายตาสั้นและตาบอดจากโรคต้อกระจกเพิ่มมากขึ้น ในประเทศไทยปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน ๓๙,๔๓๐ , ๕๔,๒๘๘ และ ๖๒,๖๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙, ๑.๔ และ ๑.๗ ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองตามลำดับ (Vision ๒๐๒๐ Thailand, ๒๕๖๔) ความขุ่นของโรคต้อกระจกชนิดบอด หรือผู้ป่วยที่มีค่าสายตา (VA) แย่กว่า ๒๐/๔๐๐ ที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจกแบบสุก (Mature cataract) และการมองเห็นที่แย่ลงกว่าเดิม (Vision ๒๐๒๐ Thailand, ๒๕๖๔)

#### ๓.๑.๓ สาเหตุของโรคต้อกระจก

โรคต้อกระจกเป็นภาวะที่เลนส์ตาที่มีความใสกลับขุ่นขึ้น ทำให้แสงผ่านเลนส์ตาได้น้อยลง โดยสาเหตุหลักของโรคต้อกระจก แบ่งออกเป็นหลายประการ ซึ่งปัจจัยสำคัญประกอบด้วย

๓.๑.๓.๑. อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต้อกระจก โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๓.๑.๓.๒. ความผิดปกติตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ความผิดปกติของเอ็มบริโอ(Embryopathies) เกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา(Induced in utero) ได้แก่ การติดเชื้อของมารดาขณะตั้งครรภ์(Maternal infection) เช่นการติดเชื้อหัดเยอรมันตั้งแต่ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์(First trimester of pregnancy) อาจมีภาวะอื่นร่วมด้วย ได้แก่ หูหนวก โรคหัวใจ เป็นต้น การติดเชื้อจากไวรัสอื่นๆ ได้แก่ Cytomegalovirus การติดเชื้อคางทูม(Mumps) โรคสุกใส ไข้ทรพิษ โปลิโอ ซิฟิลิส เป็นต้น หรือการได้รับยาบางชนิดหรือได้รับรังสีในระหว่างตั้งครรภ์(Maternal drug ingestion, radiation)

๓.๑.๓.๓. ภาวะเบาหวาน(Diabetes mellitus) พบว่าการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเมตาโบลิซึมของแก้วตา ทำให้เกิดต่อกระจกได้ง่ายขึ้น

๓.๑.๓.๔. ยา(Drugs) พบว่ายาบางชนิดอาจกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแก้วตา ก่อให้เกิดต่อกระจกขึ้นได้ เรียกว่า "สารกระตุ้นให้เกิดต่อกระจก" (Cataract-ogenic) ได้แก่ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์(Corticosteroid) ยาทางจิตเวช(Major tranquilizers) บางชนิด ได้แก่ Phenothiazine และยาขับปัสสาวะ(Diuretic) ยาไฮดรอกซีคลอโรควิน(Hydroxychloroquine) ยาหุบม่านตา(Miotics) เป็นต้น

๓.๑.๓.๕. การสูบบุหรี่(Cigarette smoking) และการดื่มสุราร่วมกัน(Heavy alcohol consumption) ทั้ง ๒ อย่างนี้ก็มีรายงานว่าอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดต่อกระจก

๓.๑.๓.๖. แสงอัลตราไวโอเล็ตบี(Ultraviolet B, UVB) มีการศึกษาจำนวนมากพบว่า ความชุกของการเกิดต่อกระจกตามอายุนั้นเกี่ยวข้องกับสภาพภูมิประเทศ(Geographic distribution) โดยพบว่าภูมิประเทศที่มีระดับของแสงอัลตราไวโอเล็ตบีสูง จะพบความชุกของการเกิดต่อกระจกมากกว่าในพื้นที่ที่มีระดับคลื่นแสงอัลตราไวโอเล็ตบีต่ำกว่า

๓.๑.๔ การจำแนกชนิดของต่อกระจก(Cataract) สามารถจำแนกได้หลายชนิด

๓.๑.๔.๑. Congenital cataract หรือ Development cataract หมายถึง ต่อกระจกที่พบตั้งแต่เกิด ในเด็กเล็กหรือวัยรุ่น พบความชุกของเลนส์ได้หลายแห่ง เช่น ด้านหน้า(Anterior polar cataract) ด้านหลัง(Posterior polar cataract) ตรงกลาง(Nuclear cataract)

๓.๑.๔.๒. Aged related cataract หมายถึง ต่อกระจกเป็นไปตามอายุที่มากขึ้น หรือเรียกว่าต่อกระจกผู้สูงอายุ คนที่อายุมากกว่า ๖๐ ปี พบมากกว่า ๕๐% ที่มีเลนส์ขุ่น

๓.๑.๔.๓. Metabolic cataract โรคของการเผาผลาญที่พบบ่อยเกิดร่วมกับโรคตา คือ โรคเบาหวาน นอกจากจะทำให้เกิด Diabetic retinopathy แล้ว ยังทำให้เกิดสายตาคผิดปกติและเกิดโรคต่อกระจกอีกด้วย

๓.๑.๔.๔. Physical cataract ต่อกระจกที่เกิดจากความร้อน ความเย็น

๓.๑.๔.๕. Complicated cataract เป็นต่อกระจกที่เกิดร่วมกับโรคตาอื่นๆ เช่น จอประสาทตาลอก ยูเวียอักเสบ เนื้องอกในลูกตา เป็นต้น การขุ่นของเลนส์ระยะแรกจะมีหลายสี เมื่อต่อกระจกเพิ่มขนาดขึ้นจะเห็นเป็นแฉกคล้ายดอกไม้(Rosette)

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๓.๑.๔.๖. Traumatic cataract เป็นต้อกระจกชนิดที่เกิดขึ้นเมื่อลูกตาได้รับบาดเจ็บกระทบกระเทือนในลูกตา โดยแรงกระทบในลูกตา เปลือกหุ้มเลนส์ที่หุ้มสารน้ำและสารอาหารผ่านเข้าออกเสียไป ถ้าเปลือกหุ้มเลนส์ฉีกขาด เลนส์จะขุ่นเร็วมากขึ้น เพราะน้ำหล่อเลี้ยงตาเข้าสู่เลนส์ได้สะดวกขึ้น

#### ๓.๑.๕. ภาวะแทรกซ้อนของโรคต้อกระจก

๓.๑.๕.๑. Phacomorphic glaucoma เป็นภาวะที่เกิดโรคต้อหินชนิดมุมปิด(Angle closure glaucoma) ซึ่งเป็นผลมาจากต้อกระจก มักเกิดเมื่อต้อกระจกเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนสูงหรือเกือบสูง เนื่องจากความสามารถของ Lens epithelium เสื่อมลงไม่สามารถดึงน้ำออกมาจากเลนส์ตาได้ ทำให้มีน้ำคั่งอยู่ภายในแก้วตามากขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้เลนส์ตาบวมมากขึ้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นต้อกระจกจากอุบัติเหตุ(Traumatic cataract) ผลจากการที่เลนส์ตาบวมขึ้นทำให้ช่องหน้าม่านตาดันลงจนเกิดกลไกเช่นเดียวกับการเกิดต้อหินมุมปิด คือเลนส์ตาที่บวมดันม่านตา(Iris) มาปิดที่มุมตา ทำให้ปิดทางระบายน้ำที่มุมตาเกิดภาวะที่เรียกว่า Pupillary block ผู้ป่วยจะมีอาการเช่นเดียวกับต้อหินเฉียบพลัน มีอาการปวดตา ตาแดง(Ciliary injection) ระดับสายตาลดลง ตรวจพบช่องหน้าม่านตา ๒ ข้างไม่เท่ากัน โดยด้านที่มีอาการจะมีช่องหน้าม่านตาดันกว่าปกติและดันกว่าอีกด้านหนึ่ง ตรวจพบมีต้อกระจกที่สูงหรือเกือบสูงและมีน้ำอยู่ในแก้วตาทำให้แก้วตาบวม รวมทั้งมีความดันลูกตาสุง

๓.๑.๕.๒. Phacolytic glaucoma เป็นภาวะที่เกิดต้อหินชนิดมุมเปิด(Open angle glaucoma) ซึ่งเป็นผลมาจากต้อกระจก มักเกิดเมื่อต้อกระจกสูงหรือสูงมาก(Mature หรือ Hypermature cataract) สารหรือเนื้อของแก้วตา(Lens substance) เกิดการสลายตัวเป็นของเหลว รวมทั้งในภาวะที่ต้อกระจกสูงมากๆ มักพบว่าแคปซูลของแก้วตาจะเหี่ยวลงเกิดรูรั่วที่แคปซูล ทำให้เนื้อของแก้วตาที่สลายตัวเป็นของเหลวนั้นรั่วออกมานอกแคปซูล เป็นผลให้มีปฏิกิริยาตอบสนอง โดยจะมีเซลล์เม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเซลล์ชนิด Macrophage มาทำลายเนื้อเลนส์ตาที่รั่วออกมา ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาการของเลนส์ตาของทารกขณะที่อยู่ในครรภ์นั้น จะมีการม้วนตัวของแคปซูลไปหุ้มส่วนประกอบหรือเนื้อของเลนส์ตาเอาไว้ ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวไม่เคยสัมผัสส่วนประกอบเหล่านั้นของเลนส์ตา ดังนั้นเมื่อส่วนประกอบของเลนส์ตารั่วออกมา จึงทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวเข้ามาทำลาย ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการปวดตาและตาแดง(Ciliary injection) ความดันลูกตาสุง ผู้ป่วยอาจให้ประวัติว่าเป็นต้อกระจกมาก่อนหรือต้ามัวมานานแล้ว เมื่อตรวจตาจะพบว่าช่องหน้าลูกตาทั้ง ๒ ข้างลึกเท่าๆ กัน ตรวจพบมีโปรตีน(Flare) กระจายอยู่ในช่องหน้าลูกตาเป็นจำนวนมาก อาจมีเซลล์อักเสบร่วมด้วยและเซลล์มักมีขนาดใหญ่ เมื่อตรวจตาอย่างละเอียดอาจพบผลึกของแคลเซียม(Calcium oxalate) ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีน้ำหนักโมเลกุลสูง(Heavy molecular weight protein) เป็นส่วนประกอบส่วนหนึ่งของเลนส์ตา

๓.๑.๕.๓ Lens-induced uveitis ในกรณีที่มีอุบัติเหตุที่ทำให้แคปซูลของเลนส์ตาฉีกขาด ทำให้มีการรั่วของเนื้อเลนส์ตาออกมา ส่วนประกอบของเลนส์ตานี้เองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการอักเสบของยูเวีย(Uveitis) ในบางครั้งการอักเสบมีมากมีเซลล์อักเสบรวมทั้งส่วนประกอบหรือเนื้อของเลนส์ตาที่รั่วออกมาอุด

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ทางระบายของน้ำในลูกตาบริเวณมุดตาก่อให้เกิดปัญหาต้อหินร่วมด้วย ในภาวะนี้อาจเกิดภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกในตาข้างหนึ่งแล้วมีการกระตุ้น(Sensitized) ด้วยส่วนประกอบดังกล่าว และเมื่อมีการผ่าตัดต้อกระจกในตาข้างที่สองจะกระตุ้นให้มีการอักเสบเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการคงค้างของส่วนประกอบของเลนส์ตาร่วมด้วย ซึ่งอาจจะมีอาการคล้ายการอักเสบในลูกตา(Endophthalmitis) ที่เรียกว่า Endophthalmitis phacoanaphylactica

๓.๑.๕.๔ Ectopia lentis เป็นภาวะที่มีการฉีกขาดของ Lens zonule ที่ยึดแก้วตา ทำให้มีการเคลื่อนที่ของแก้วตาออกไปจากตำแหน่งปกติ หากมีการเคลื่อนออกไปบางส่วนมักเรียกว่า Subluxation แต่ถ้ามีการเกิดแก้วตาเคลื่อนออกจากตำแหน่งเดิมทั้งหมดมักจะเรียกว่า Dislocate

#### ๓.๑.๖ การวินิจฉัยและการรักษา

การวินิจฉัยโรคต้อกระจกจำเป็นต้องอาศัยการตรวจประเมินจากจักษุแพทย์ที่เชี่ยวชาญและเครื่องมือเฉพาะทางในการตรวจ สามารถตรวจและประเมินอาการของโรคต้อกระจกได้ดังนี้

๓.๑.๖.๑ การตรวจระดับสายตา(Visual acuity testing) ถือเป็นขั้นแรกของการตรวจตา โดยทั่วไป ซึ่งจะตรวจในระยะไกล ๒๐ ฟุตหรือ ๖ เมตร(Distant visual acuity testing) โดยอาศัยแผนภูมิ (Chart) มาตรฐานทั่วไปที่ใช้กันที่เรียกว่า Snellen chart ส่วนการตรวจในระยะใกล้ที่ระยะ ๑๔ นิ้วหรือ ๓๕ เซนติเมตรนั้น มักจะทำในกรณีที่ไม่สามารถตรวจการมองเห็นของผู้ป่วยที่ระดับไกลได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ที่เตียงผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกเดินได้หรือมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้าย เป็นต้น

๓.๑.๖.๒ การตรวจการตอบสนองของรูม่านตา(Pupillary reaction and responses) โดยตรวจตั้งแต่

๑) รูปร่างและขนาดของรูม่านตา ปกติแล้วรูม่านตามีลักษณะกลม ขนาดเท่ากันทั้ง ๒ ข้างหรือต่างกันไม่เกิน ๑ มิลลิเมตร แต่อย่างไรก็ตามอาจมีความแปรผันในคนปกติ(Normal variation) ได้ หากมีรูปร่างไม่กลมบิดเบี้ยว อาจบ่งถึงความผิดปกติ เช่น การติดกันของม่านตากับแคปซูลของแก้วตา(Posterior synechiae) หรือ การอยู่ผิดตำแหน่งของรูม่านตา(Corectopia) เป็นต้น

๒) การขยายและหดตัวของรูม่านตา หากรูม่านตาขยายยากในที่มืด(Dim light) อาจแสดงถึงความผิดปกติของระบบประสาทซิมพาเทติกในขณะที่การไม่หดตัวหรือหดตัวน้อยของรูม่านตาในที่สว่าง(Bright light) อาจบ่งความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ พาราซิมพาเทติก เป็นต้น

๓) การตอบสนองรีเฟล็กซ์ของรูม่านตา(Pupillary reflex) เป็นการตรวจความผิดปกติได้ทั้งการนำเข้า(Afferent) และนำออก(Efferent) ของกระแสประสาท ซึ่งการนำกระแสประสาททำโดยเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๒ และ ๓ ตามลำดับ

๔) การตรวจ Swinging-flashlight test โดยใช้ไฟฉายแกว่งไปมาระหว่างตาสองข้าง แล้วดูการตอบสนองของม่านตา เป็นการตรวจความผิดปกติของเส้นประสาทสมองคู่ที่ ๒(Optic nerve) ซึ่งเป็นการตรวจที่ไม่ยุ่งยากแต่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ผลการตรวจที่ผิดปกติแสดงถึงความผิดปกติของการนำเข้าของกระแสประสาท(Afferent pupillary defect) การตรวจดังกล่าวเป็นการตรวจเทียบเคียงของการตอบสนองการ

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

นำเข้ากระแสประสาทระหว่างตา ๒ ข้าง(Relative afferent pupillary defect, RAPD) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า "Marcus Gunn pupil" ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วหากตรวจพบที่มีความผิดปกติของการนำเข้าของกระแสประสาท(Afferent defect) จะแสดงถึงความผิดปกติของเส้นประสาทคู่ที่ ๒(Optic nerve) ดังกล่าวแล้วนั้น แต่อาจมีข้อยกเว้นบ้างในบางกรณีเช่น เมื่อมีพยาธิสภาพของจอตาเป็นบริเวณกว้าง เป็นต้น

๓.๑.๖.๓ การตรวจด้วยเครื่องมือ Direct ophthalmoscope ในการตรวจด้วย Direct ophthalmoscope จะสามารถตรวจพยาธิสภาพได้ตั้งแต่ส่วนหน้าของตาไล่ลงไปจนถึงจอตา(Fundus) หากมีต่อกระจกจะพบว่าจอตาจะถูกบดบังหรือเห็นไม่ชัด หรือเห็นเป็นก้อนสีดำบังขวางไว้มากน้อยตามความรุนแรงของต่อกระจกที่เป็น ข้อพึงสังเกตคือจอตาที่ถูกบดบังด้วยต่อกระจกนั้นควรจะสอดคล้องตามระดับของสายตา (Visual acuity) ที่ลดลงที่ได้ตรวจไว้ก่อนล่วงหน้าแล้ว ในกรณีที่ต่อกระจกสุกอาจเห็นแก้วตาบริเวณตรงกลางของรูม่านตาเป็นสีขาวที่เรียกว่า "รูม่านตาสีขาว"(White pupil หรือ Leukocoria)

๓.๑.๖.๔ การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์(Slit-lamp biomicroscope) กล้องจุลทรรศน์ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตรวจของจักษุแพทย์ สามารถเพิ่มกำลังขยายของภาพทำให้เห็นชัดเจนขึ้น และสามารถเห็นภาพเป็น ๓ มิติอีกด้วย ให้ข้อมูลได้ดีมากสำหรับตาส่วนหน้า(Anterior segment) สามารถบอกถึงตำแหน่ง ชนิด พยาธิสภาพและระดับความรุนแรงของต่อกระจกที่เป็น ทำให้จักษุแพทย์สามารถให้การวินิจฉัย ที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาได้อีกด้วย

๓.๑.๖.๕ การตรวจด้วยเครื่องมือ Indirect ophthalmoscope ก็เช่นเดียวกับ Slit-lamp biomicroscope เนื่องจากเป็นเครื่องมือของจักษุแพทย์ที่ใช้กันเป็นประจำ แต่สามารถให้ข้อมูลทางส่วนหลังของลูกตา(Posterior segment) ในวงกว้างกว่ากล้องส่องตรวจในตาชนิด Direct ophthalmoscope ได้แก่ วัจนตา จอตาและประสาทตา เป็นต้นทำให้ทราบว่าสาเหตุของต้ามัวหรือสายตาที่ลดลงนั้นเกิดจากต่อกระจก หรือมีพยาธิสภาพที่ส่วนอื่นของลูกตาร่วมด้วย

๓.๑.๖.๖ การตรวจตาโดยการบันทึกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง(Ocular ultrasonography) หลักการของการบันทึกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง(Ultrasonography) คือเป็นเครื่องมือที่ปล่อยคลื่นเสียงความถี่สูงเกินกว่าที่คนปกติจะได้ยิน คลื่นเสียงนี้จะเดินทางผ่านเนื้อเยื่อชนิดต่างๆ ด้วยความเร็วคลื่นที่แตกต่างกันและจะสะท้อนกลับมายังเครื่องวัด โดยเครื่องจะวัดความสามารถในการสะท้อนของคลื่นเสียงที่เกิดขึ้นสามารถบันทึกและแสดงบนจอได้ เป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะทำให้ทราบข้อมูลคร่าวๆได้ มีประโยชน์ในกรณีที่เป็นการตรวจที่สุกมากจนไม่สามารถตรวจจอตาได้ หรือผู้ป่วยมีประวัติอื่นๆที่น่าสงสัยว่าอาจจะมีพยาธิสภาพที่วัจนตาหรือจอตา เช่น การเกิดอุบัติเหตุและสงสัยว่าอาจมีสิ่งแปลกปลอมในลูกตา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีต่อกระจกสุก การใช้การบันทึกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงไม่ได้ทำเป็นประจำ ทั้งนี้เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยจำนวนมากที่มีต่อกระจกสุกหรือเกือบสุก จึงอาจเป็นการสิ้นเปลืองทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายดังนั้น จักษุแพทย์จึงเลือกทำเฉพาะในกรณีที่สงสัยดังได้กล่าวแล้ว(อาภัสรา เล็กสกุล, ๒๕๖๑)

สำหรับการรักษาโรคต่อกระจก สามารถแบ่งเป็น ๒ อย่างได้แก่

๑) การรักษาโรคต่อกระจกด้วยวิธีที่ไม่ใช้วิธีการผ่าตัด(Non-surgical treatment) การรักษาต่อกระจกโดยไม่ใช้วิธีการผ่าตัดนั้น โดยส่วนใหญ่เป็นการป้องกันการเกิดมากกว่า ได้แก่

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๑.๑) อาหารการศึกษาทางระบาดวิทยา(Epidemiologic studies) พบว่าผู้ที่บริโภคอาหารประเภทที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ(Antioxidant) จำพวกแคโรทีนอยด์(Carotenoids) พบอุบัติการณ์การเกิดต่อกระจกทั้งชนิดนิวเคลียร์ คอรัติคอลและชั้นแคปซูลน้อยกว่าผู้ที่ไม่บริโภค

๑.๒) การแก้ไขปัญหาสายตาที่เกิดขึ้นโดยใช้แว่นตาหรือเลนส์สัมผัส(Refractive correction)

๑.๓) การใช้ยาหยอดตาขยายม่านตา(Mydriatics) การหยอดยาขยายม่านตาสำหรับผู้ป่วยต่อกระจกที่เพิ่งเริ่มเป็น หรือเป็นไม่มากที่เกิดบริเวณตรงกลางแก้วตา จะทำให้แสงผ่านเข้าไปในลูกตาได้มากขึ้น ทำให้มองเห็นได้ชัดเจนขึ้น และอาจช่วยแก้ปัญหาแสงแตกกระจายได้

๑.๔) การขจัดสารกระตุ้นให้เกิดต่อกระจก(Cataractogenic agent) สารเหล่านี้ได้แก่

๑.๔.๑) การฉายรังสี(Irradiation) เช่น อินฟราเรด(Infrared) ,เอ็กซเรย์(X-ray)

๑.๔.๒) ยาต่างๆ ได้แก่ ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์(corticosteroid) ยาทางจิตเวช(Major tranquilizers) บางชนิด ได้แก่ Phenothiazine เป็นต้น

๒) การรักษาโรคต่อกระจกด้วยวิธีการผ่าตัด (Surgical treatment)

๒.๑) ความรู้เกี่ยวกับผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม หรือการผ่าตัดต่อกระจกเป็นกระบวนการที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่มีเลนส์แก้วตาขุ่นมัวหรือเสื่อมสภาพ ทำให้การมองเห็นพร่ามัว การผ่าตัดนี้ถือเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่ประสบความสำเร็จสูงสุดในวงการจักษุแพทย์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการมองเห็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมมักทำร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อเพิ่มความแม่นยำและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน(สุนทร ศรีสุภรัตน์, ๒๕๖๕)

กระบวนการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม สามารถแบ่งการผ่าตัดได้ ๕ ประเภท ได้แก่

๒.๑.๑.) Phacoemulsification(PHACO)การผ่าตัดต่อกระจกด้วยวิธีใช้คลื่นเสียงความถี่สูงในการสลาย หรือย่อยทำลายนิวเคลียสให้เป็นผงเล็กๆ แล้วดูดออกผ่านท่อเล็กๆลักษณะคล้ายเข็มมีรู ทำให้ทั้งนิวเคลียสที่สลายแล้วกับคอลเท็กซ์ถูกล้างออกจันทันทีเอง เหลือเพียงถุงหุ้มเลนส์ตา(Lens capsule) การผ่าตัดนี้ใช้การเจาะหรือเปิดแผลเล็กๆ ขนาด ๑.๘-๓.๒ มิลลิเมตรที่กระจกตาเพื่อเข้าสู่ช่องหน้าม่านตา(Anterior chamber) แทนที่จะต้องเปิดแผลขนาดใหญ่ ๕-๙ มิลลิเมตร เพื่อนำเอาเลนส์ตาส่วนนิวเคลียส ซึ่งเป็นก้อนแข็งแข็งออก เนื่องจากแผลมีขนาดเล็ก และ มีการออกแบบแผล(Wound architecture)ให้เป็น ๒ หรือ ๓ ระบาย ทำให้เกิดการปิดเอง(Self sealing) ได้โดยมักไม่ต้องเย็บแผล(Sutureless) ขั้นตอนการทำผ่าตัดประกอบด้วยการเปิดแผลขนาดเล็กเข้าไปในช่องหน้าม่านตา การเปิดถุงหุ้มเลนส์ตา( Lens capsule) การดูดและล้างเอาเศษเลนส์ตาออก หลังจากนั้นจึงเป็นการใส่เลนส์ตาเทียม(Intracular lens, IOL)

๒.๑.๒) Extracapsular cataract extraction (ECCE) เป็นวิธีผ่าตัดต่อกระจกที่เป็นต้นแบบของการทำPhacoemulsification(PHACO) ต่างกันที่ ECCE เป็นวิธี Manual ไม่ได้มีการสลาย เลนส์ตาส่วนนิวเคลียสด้วยพลังงานคลื่นอัลตราซาวด์(Ultrasound energy) จึงต้องเปิดแผลที่ใหญ่พอที่จะนำเอาเลนส์ตาออก ซึ่งมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ ๕-๑๐ มิลลิเมตรออก โดยเก็บถุงหุ้มเลนส์ตา(Capsular bag) ไว้เพื่อการใส่การใส่เลนส์แก้วตาเทียมสิ่งที่ถูกนำออกจากดวงตาค้นกับการทำ Phacoemulsification คือนำเอา

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

เฉพาะถุงหุ้มเลนส์ตาส่วนหน้า(Anterior lens capsule) เลนส์ตาส่วนที่เป็นนิวเคลียส และส่วนที่เป็นเลนส์ตาส่วนคอลเท็กซ์ออกแต่คงรักษาถุงหุ้มเลนส์ตาส่วนหลัง(Posterior capsule) ที่มี Lens zonule มายึดเกาะไว้สำหรับการใส่เลนส์แก้วตาเทียม

๒.๑.๓) Intracapsular cataract extraction(ICCE) เป็นการผ่าตัดต้อกระจกที่ทำก่อนการทำ ECCE โดยการนำเอาเลนส์ตาออกทั้งถุงหุ้มเลนส์ตา และส่วนของเลนส์ตาทุกส่วนรวม เลนส์ตาส่วนคอลเท็กซ์ (Lens cortex) และ เลนส์ตาส่วนนิวเคลียส(Lens nucleus) วิธีการนำแก้วตาออกทำได้โดยใช้ปากคีบ (Forceps) คีบ หรือใช้หัวจี้ความเย็น(Cryoprobe) จี้จุดที่ถุงหุ้มเลนส์ตา(Lens capsule) แล้วดึงเลนส์ตาออกมาเหลือเพียงเส้นใยยึดเลนส์ตา(Zonule) ที่แขวนหรือซิงเอาไว้ โดยก่อนที่จะนำเลนส์ตาออกได้ต้องทำลายเส้นใยยึดเลนส์ตา(Zonule) ที่ยึดถุงหุ้มเลนส์ตา(Lens capsule) โดยการสลายด้วยเอนไซม์ Alpha-chymotrypsin หรือ โดยการกดบนตาขาว(Sclera) ที่ติดกับLimbus เพื่อให้เส้นใยยึดเลนส์ตา(Zonule) ขาดหรือหลวม แล้วจึงใช้ Forceps หรือ Cryoprobe คีบหรือดูดเลนส์ตาออกผ่านแผลที่ต้องเปิดให้กว้างมากพอขนาดของแก้วตาประมาณ ๙-๑๐ มิลลิเมตร ปัจจุบันการทำผ่าตัดวิธี ICCE ถูกใช้เฉพาะในภาวะที่ผู้ป่วยมีเส้นใยยึดเลนส์ตา(Zonule) หย่อนหรือขาดจากโรคบางชนิดหรือจากอุบัติเหตุ ทำให้ถุงหุ้มเลนส์ตาไม่แข็งแรงพอที่จะใส่ เลนส์แก้วตาเทียม(IOL) ได้ เช่นในกรณี Lens subluxation หรือ Dislocation เพราะเลนส์ตาเลื่อนออกจากตำแหน่งปกติหรือกรณีของถุงหุ้มเลนส์ตาดีกขาด(Ruptured lens capsule) ซึ่งการทำ ICCE จะเป็นทางเลือกที่ดี หลังการทำ ICCE ต้องแก้ปัญหาสายตาเนื่องจากไม่มีเลนส์ตาเทียมที่จะช่วยรวมแสงให้โฟกัสที่จอตา โดยวิธีที่ง่ายที่สุดคือการใส่แว่นตากำลังบวก หรือการใช้เลนส์สัมผัส(Contact lens) เพื่อช่วยในการมองเห็นหลังการผ่าตัด

๒.๑.๔) Lens Aspiration การผ่าตัดวิธีนี้เป็นการดูดเอา Lens content ทั้งหมดออกผ่านท่อเครื่องมือ ดังนั้น Nucleus จะต้องนิ่มพอ มักใช้ในกรณีเด็กหรือในผู้ใหญ่ตอนต้นที่ Lens nucleus ยังไม่แข็งนัก เป็นการดูดเอา Nucleus และ Cortex ออกคล้ายการทำ ECCE

๒.๑.๕) การผ่าตัดต้อกระจกด้วยเลเซอร์ Femto-cataract(Femto-assisted cataract surgery) การใช้ Femtosecond laser มาช่วยในการผ่าตัดต้อกระจก ทำให้เพิ่มความแม่นยำในการเปิดถุงหุ้มเลนส์ส่วนหน้า (Anterior lens capsule) ให้กลมได้ขนาดและตำแหน่งตามต้องการ นอกจากนั้นยังสามารถใช้ Femtosecond laser ช่วยตัด Nucleus ของเลนส์ให้เป็นชิ้นตามความต้องการ เพื่อง่ายต่อการสลายต่อด้วย Phacoemulsification

หลังจากนำเลนส์แก้วตาออกแล้ว เลนส์แก้วตาเทียม (Intraocular lens - IOL) จะถูกฝังแทนที่ โดยเลนส์แก้วตาเทียมมีหลายชนิดให้เลือกตามความต้องการของผู้ป่วยและการพิจารณาของแพทย์ได้แก่ เลนส์แบบโฟกัสเดียว(Monofocal IOL) และเลนส์ที่มีหลายจุดโฟกัส(Multifocal IOL) เลนส์ที่สามารถปรับโฟกัสได้ (Accommodative IOL) และเลนส์ที่แก้ไขสายตาเอียง(Toric IOL)

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อดีและภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม

การผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูการมองเห็นอย่างมีประสิทธิภาพและมีโอกาสสำเร็จสูง อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดนี้ยังมีความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนบางประการ เช่น การติดเชื้อในดวงตา (Endophthalmitis) การแยกตัวของเลนส์เทียม และการเกิดต่อกระจกที่เหลื่อ (Posterior capsular opacification) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด

#### ๓.๓ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล

##### ๓.๓.๑ แนวคิดกระบวนการพยาบาล

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรเข้าใจพื้นฐานคุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลให้ดีเสียก่อนว่า กิจกรรมในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นการใช้องค์ความรู้ (Knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบ ตัดสินใจ (Decision-making) และการใช้เหตุและผล (Rational) โดยประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

๓.๓.๑.๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นขั้นตอนที่ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดกระบวนการพยาบาลการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องมีความถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการและนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ

๓.๓.๑.๒. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล จนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล

๓.๓.๑.๓. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มีการจัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาได้คือปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตจะต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที

๓.๓.๑.๔. การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการซ้ำเพื่อการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ

๓.๓.๑.๕. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เป็นการตรวจสอบด้วยว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าพบว่ามีอุปสรรคหรือมีปัญหาที่ส่วนใดจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๓.๓.๒ แนวคิดการดูแลแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(Patient-centered care)

การดูแลแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(Patient-centered care: PCC) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้การดูแลสุขภาพมีความเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย โดยการให้ความสำคัญกับเสียงและประสบการณ์ของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แนวคิดนี้มีองค์ประกอบหลักและหลักการที่สำคัญ ได้แก่

๓.๓.๒.๑ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง ซึ่งรวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวเลือกในการรักษา การอธิบายความเสี่ยงและประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและมั่นใจ

๓.๓.๒.๒ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยควรเป็นไปอย่างเปิดเผยและชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจในสภาพปัญหาสุขภาพของตนเอง รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ การใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและการตั้งคำถามที่ชัดเจนช่วยสร้างความไว้วางใจในความสัมพันธ์

๓.๓.๒.๓ การดูแลแบบองค์รวม การดูแลแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจะต้องคำนึงถึงทุกมิติของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับประสบการณ์และความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย รวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจและอารมณ์

๓.๓.๒.๔ ความเคารพในความต้องการและคุณค่าของผู้ป่วย แนวคิดนี้มุ่งเน้นการให้ความเคารพต่อความต้องการและคุณค่าของผู้ป่วย โดยยอมรับว่าแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันในด้านประสบการณ์และมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพ พยาบาลควรฟังและเคารพความคิดเห็นของผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลมีความสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง

๓.๓.๒.๕ การสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง การดูแลแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยยังรวมถึงการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษา ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการติดตามผลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีความเป็นอยู่ที่ดี

๓.๓.๒.๖ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้ป่วย การจัดการบริการสุขภาพควรสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการที่มุ่งเน้นผู้ป่วย เช่น การปรับปรุงบริการให้เข้าถึงได้ง่าย การจัดพื้นที่สำหรับการสนทนาอย่างเป็นส่วนตัว และการสร้างระบบที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

#### ๔.๑ สาระสำคัญ

ต่อกระจกเกิดจากเลนส์ตาขุ่น จอประสาทตาจึงรับแสงได้ไม่เต็มที่ มีอาการตามัว ไม่มีอาการปวดตา ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุที่เลนส์ตาเสื่อมลงตามวัย ถ้าไม่ทำการรักษาทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือโรคต้อหิน อาการและอาการแสดงที่มักจะพบคือ ปวดศีรษะ ปวดตาอย่างรุนแรงเฉียบพลัน ตาแดง น้ำตาไหล สู้แสงไม่ได้ ตามัว เห็นแสงสีรุ้งรอบดวงไฟ คลื่นไส้อาเจียน กระจกตาบวม อาจมีม่านตาขยาย ๔-๖ มิลลิเมตร

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

มีปฏิริยาต่อแสงน้อย หลักการ รักษาคือการรักษาที่ต้นเหตุโดยการรักษาด้วยยาเพื่อช่วยลดความดันของลูกตา และชะลอการทำลายของเส้นประสาทตา ในส่วนของโรคต้อกระจกจะมีการรักษาคือ การผ่าตัดต้อกระจก หรือการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม

จากการให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ามา รับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ จำนวน ๑,๔๗๓ , ๑,๖๘๑ และ ๑,๔๓๑ ราย ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี ๒๕๖๖ โรคต้อกระจกและการผ่าตัดต้อกระจก เป็นโรคและมีการผ่าตัดที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งใน ๕ อันดับแรกที่พบมากที่สุดของโรงพยาบาล โรคต้อกระจกที่มีภาวะแทรกซ้อนต้อหินจากเลนส์ตาบวม มี ๑๐ ราย ถึงแม้จะมีน้อย แต่ก็ถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะถ้าได้รับ การรักษาไม่ทันเวลา สามารถส่งผลทำให้เกิดสูญเสียการมองเห็นได้ (โรงพยาบาลขอนแก่น, ๒๕๖๖)

ทั้งนี้ การศึกษาผู้ป่วยแบบกรณีศึกษาเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญในการพัฒนาความรู้และแนวทางการรักษาในสาขาการแพทย์ โดยเฉพาะในโรคที่มีความซับซ้อน เช่น โรคต้อกระจก การศึกษาแบบกรณีนี้ช่วยให้สามารถเข้าใจสถานการณ์จริงของผู้ป่วยและความต้องการเฉพาะตัวของแต่ละราย อีกทั้งการศึกษาผู้ป่วยแบบกรณียังมีบทบาทสำคัญในการสร้างแนวทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การสื่อสาร และการสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางการแพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกสบายในการแสดงออกถึงความกังวลและความต้องการของตน การให้การดูแลแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนี้มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และยังช่วยส่งเสริมการวิจัย และการพัฒนาความรู้ทางการแพทย์ โดยการเก็บข้อมูลที่มีค่าจากผู้ป่วยจริงและผลลัพธ์จากการรักษาสามารถนำไปใช้ในการวิจัยเพื่อหาความรู้ใหม่ ๆ และการพัฒนาแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากความสำคัญข้างต้น ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาแบบกรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินเฉียบพลันจากเลนส์ตาบวม ที่มารับบริการผ่าตัด ณ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยทำการคัดเลือกจากเวชระเบียนของผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๘๖ปี ผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลขอนแก่นด้วยอาการตามัวซึ่งเริ่มเกิดขึ้นเป็นระยะเวลา ๒ เดือน โดยมีอาการปวดตาข้างขวามากและปวดศีรษะร่วมด้วย การตรวจพบปัญหาหลายอย่างจากการตรวจตา เช่น ค่าระดับการมองเห็น VA (Visual acuity) ข้างขวาอยู่ที่ PJ (Perception of Light) ซึ่งแสดงว่าการมองเห็นตาข้างขวามองเห็นแค่แสง และค่าความดันลูกตา IOP (Intraocular pressure) ข้างขวาเท่ากับ ๓๓ mmHg แสดงถึงความดันตาที่สูงเกินปกติ นอกจากนี้ยังพบการอักเสบของซีเลียรีบอดี เลนส์ตาขุ่น และอาการช่องหน้าม่านตาดื้น (Anterior chamber shallow) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในดวงตา แพทย์วินิจฉัยด้วยโรค Phacomorphic glaucoma รับรักษาเพื่อการผ่าตัดในวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ และจำหน่ายกลับบ้านวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล ๓ วัน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๔.๒.๑ ทบทวนและศึกษาข้อมูลประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือเรื่องที่น่าสนใจ
- ๔.๒.๒ รวบรวมข้อมูลจากรายงานและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ๔.๒.๓ ศึกษาองค์ความรู้ทางวิชาการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินและโรคร่วมอื่นๆ
- ๔.๒.๔ ศึกษาแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวกับอาการของโรคและการให้การพยาบาล
- ๔.๒.๕ จัดเก็บข้อมูลโดยใช้เวชระเบียน
- ๔.๒.๖ จัดทำการศึกษาแบบกรณีศึกษาและสรุปผลการศึกษา
- ๔.๒.๗ ตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมรายละเอียดตามผู้เชี่ยวชาญ
- ๔.๒.๘ จัดพิมพ์ผลงานเป็นรูปเล่ม

#### ๔.๓ เป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีภาวะแทรกซ้อนต้อหินฉับพลันจากเลนส์ตาบวมที่รับไว้รักษาเพื่อการผ่าตัดในโรงพยาบาลได้รับการรักษาพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จัดการปัญหาทางการพยาบาล และเกิดความพึงพอใจในการดูแลพยาบาล

### ๕.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### ๕.๑ เชิงปริมาณ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๘๖ ปี มาโรงพยาบาลขอนแก่นด้วยอาการ ตามัวทั้งสองข้างมา ๒ เดือน ตาทั้งสองข้างมัวลงเรื่อย ๆ คล้ายหมอกบังตา ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดตาข้างขวามาก ปวดศีรษะร่วมด้วย ตาข้างขวามัวลงกว่าตาข้างซ้าย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคหอบหืด ไม่มีประวัติแพ้ยาหรือสารเคมีใดๆ บุคคลในครอบครัวไม่มีผู้ใดเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง จากการตรวจตาข้างขวาพบปัญหาและความผิดปกติคือค่าระดับการมองเห็น VA RE = PJ , ค่าความดันลูกตา IOPตาข้างขวา = ๓๓ mmHg , Conjunctiva มีCiliary injection, Anterior chamber shallow, Pupil ๕ mm. Fixed ,Lens Mature จากอาการและการตรวจพบมีโรคนำนึกถึงอยู่หลายโรค (Differential diagnosis)

๑. Uveitis

๒. Phacomorphic glaucoma

๓. Phacolytic glaucoma

สรุปผู้ป่วยรายนี้เป็น Phacomorphic glaucoma แยกจาก Phacolytic glaucoma และ Uveitis เนื่องจากความแตกต่างตามที่ได้แสดงในตารางเปรียบเทียบดังนี้คือ

๑. Anterior chamber shallow ไม่พบ Cell flare C/F in Anterior chamber

๒. ลักษณะของ Lens เป็น Mature cataract

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาลที่ได้รับ

๑. ผู้ป่วยขณะอยู่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจตาได้รับยาลดความดันลูกตาทันที คือ Diamox ๒๕๐ mg. ๑ tab oral stat. , ๕๐% Glycerine ๖๐ ml. oral stat. หลังได้รับยา วัดความดันลูกตาข้างขวาได้ ๒๑ mmHg.

๒. นอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัด ECCE(Extracapsular cataract extraction) with IOL RE หลังนอนโรงพยาบาลในวันแรก แพทย์ได้ให้ยาลดความดันลูกตาต่อเนื่องโดยให้ Diamox ๒๕๐ mg. ๑ tab oral bid pc. , ๕๐% Glycerine ๖๐ ml. oral ทุก ๖ ชั่วโมง, Azopt eyedrop RE ทุก ๘ ชั่วโมง , Alphagan-P eyedrop RE ทุก ๘ ชั่วโมง หลังผู้ป่วยได้ยา ผู้ป่วยอาการปวดตาขาลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน แพทย์ได้ให้ส่งตรวจความดันลูกตาในวันถัดไป

วันที่ ๒ ผู้ป่วยได้วัดความดันลูกตาข้างขวาซ้ำอีกครั้งได้ ๗ mmHg. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตาข้างขวา ไม่มีอาการปวดศีรษะข้างขวา ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้ปกติ นอนหลับพักผ่อนได้ แพทย์จึงให้งดยาลดความดันลูกตาชนิดรับประทาน แต่ให้หยุดยาลดความดันลูกตาต่อ พยาบาลได้เตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติตั้งใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี

วันที่ ๓ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ECCE(Extracapsular cataract extraction) with IOL(Intra-ocular lens) RE หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตาข้างขวา ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน สามารถปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

วันที่ ๔ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ หลังจากตรวจตาข้างขวา ไม่พบความผิดปกติ ไม่มีแผลแยก ไม่มีเลือดออกในช่องหน้าม่านตา แผลเย็บติดดี แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ พยาบาลจึงได้สอนการเช็ดตา หยอดตา ครอบตา และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตาก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน มีนัดตรวจพบแพทย์หลังผ่าตัดตาข้างขวา วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจตา

ขณะรับรักษาไว้ในโรงพยาบาลได้รับการดูแลตามหลักการพยาบาล และจัดการกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย

๑. เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม เนื่องจากการมองเห็นบกพร่อง
๒. ปวดตาข้างขวา เนื่องจากมีภาวะความดันลูกตาสูง
๓. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการมองเห็นหลังการผ่าตัด
๔. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
๕. เสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อแผลผ่าตัดตาข้างขวา เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการผ่าตัด
๖. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

โดยพยาบาล ได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นัดหมาย และแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งได้จัดการปัญหาทางการพยาบาลแล้วเสร็จวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๕ ด้วยวินิจฉัยสุดท้ายด้วยโรคต่อกระจกที่เกิดภาวะแทรกซ้อนต้อหินฉับพลันจากเลนส์ตาบวม รวมระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล ๓ วัน แพทย์จึง

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

อนุญาตให้กลับบ้านได้ พยาบาลจึงได้สอนการเช็ดตา หยอดตา ครอบตา และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตาก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน มีนัดตรวจพบแพทย์หลังผ่าตัดตาข้างขวา วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๕ ที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจตา

#### ๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด เฝ้ารอ และสังเกตอาการ ตลอดจนการได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๕.๒.๒ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพและพึงพอใจในการพยาบาล

๕.๒.๓ มีการพัฒนาองค์ความรู้ จากการทบทวนความรู้ทางวิชาการ แนวคิดทฤษฎีในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคต้อกระจก เพื่อลดความพิการและเพิ่มคุณภาพชีวิต

### ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกได้รับการดูแลทางการพยาบาลที่เหมาะสม

๖.๒ ทราบถึงสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคต้อกระจก นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานให้การพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

๖.๓ เกิดการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจก ที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องเฝ้ารอความเสี่ยงการดูแลทางการพยาบาล เช่น การติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากการผ่าตัด

๗.๒ การทำการศึกษากับผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุอาจต้องให้ญาติร่วมการตัดสินใจ และการส่งเสริมการดูแลตนเองที่ลดลงจึงควรให้ญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลหลังผ่าตัดด้วย

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การศึกษารายละเอียดของผู้ป่วยเชิงลึกต้องใช้องค์ความรู้ พร้อมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยดังกล่าวต้องมีความระมัดระวัง ควรให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ จำเป็นต้องคำนึงถึงผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### ๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิดต้องมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางจิตใจเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

๙.๒ นำข้อมูลกรณีตัวอย่างมาแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อพัฒนาการบริการดูแลผู้ป่วยโรคต้อกระจก มีคุณภาพยิ่งขึ้น และเกิดการทบทวนร่วมกันในทีม การเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลหลังการผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน

### ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

#### ๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

#### ๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวมารี เชือกทอง ดำเนินการคิดเป็นสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

#### ๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... มารี เชือกทอง .....

(นางสาวมารี เชือกทอง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๕ / ๕ / ๒๕๖๕ .....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวมารี เชือกทอง	<u>มารี เชือกทอง</u>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ธน .....

(..... นางเกษร ฤทธิงโกศล .....)

ตำแหน่ง ..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ .....

(วันที่) ๗ / ๖ / ๖๕ .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

## ๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

(ลงชื่อ) ..... *กช ก* .....

..... (นางสาวกนกวรรณ หอมจันทร์มาตุล.....)

ตำแหน่ง ..... โรงพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ .....

(วันที่) *๕* / *มิ.ย.* / *๒๕๖๕* .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... *กช* .....

..... (นางพินิจ จอมเพชร.....)

ตำแหน่ง ..... หัวหน้าพยาบาล .....

(วันที่) *๑๓* / *มิ.ย.* / *๒๕๖๕* .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ..... *ศร ✓* .....

..... (นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ.....)

ตำแหน่ง ..... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น .....

(วันที่) *๖* / *ก.ค.* / *๒๕๖๕* .....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

## แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาสื่อการให้ความรู้โรคต้อกระจกโดยใช้แผ่นภาพอินโฟกราฟิก(Infographic) โดยใช้แนวความคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health literacy)

### ๒. หลักการและเหตุผล

ต้อกระจก เป็นโรคตาที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ในพ.ศ.๒๕๖๖ พบว่า ทั่วโลกมีประชากรที่มีสายตาสั้นหรือตาบอดหนึ่งพันล้านคน ซึ่งต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับที่ ๑ ที่ทำให้เกิดตาบอด โดยพบว่ามีจำนวนทั้งหมด ๙๔ ล้านคน อันดับที่ ๒ สายตาสั้นที่ไม่ได้รับการแก้ไขจำนวน ๘๘.๔ ล้านคน และอันดับที่ ๓ โรคต้อหิน ๗.๗ ล้านคน(World Health Organization, ๒๐๒๓) โรคต้อกระจกเป็นโรคตาที่เกิดจากภาวะเลนส์แก้วตามีความขุ่น จนนำไปสู่การมองเห็นที่ลดลง และสามารถทำให้เกิดสายตาสั้นหรือตาบอดได้ โดยความขุ่นของเลนส์แก้วตาจะเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้

ในปี พ.ศ.๒๕๖๔ องค์การอนามัยโลก(World Health Organization) ได้กำหนดวิสัยทัศน์The right to sight by the year ๒๐๒๐ เพื่อให้ประเทศสมาชิกตระหนัก และเร่งแก้ไขป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีสายตาสั้นหรือตาบอดจากโรคต้อกระจกเพิ่มมากขึ้น ในประเทศไทยปี พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน ๓๙,๔๓๐ , ๕๔,๒๘๘ และ ๖๒,๖๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๙, ๑.๔ และ ๑.๗ ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองตามลำดับ (Vision ๒๐๒๐ Thailand, ๒๕๖๔) ความชุกของโรคต้อกระจกชนิดบอด หรือผู้ป่วยที่มีค่าสายตา (VA) แย่กว่า ๒๐/๔๐๐ ที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุแพทย์หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา เพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากต้อกระจกแบบสุก (Mature cataract) และการมองเห็นที่แย่ลงกว่าเดิม (Vision ๒๐๒๐ Thailand, ๒๕๖๔)

จากการให้บริการของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยจักษุ จำนวน ๑,๔๗๓ , ๑,๖๘๑ และ ๑,๔๓๑ ราย ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี ๒๕๖๖ โรคต้อกระจกและการผ่าตัดต้อกระจก เป็นโรคและมีการผ่าตัดที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง ใน ๕ อันดับแรกที่พบมากที่สุดของโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม จากสถิติที่ได้กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การตรวจวินิจฉัยโรคและการคัดกรองในระยะแรกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขอย่างทันที่ทันที่ ลดอัตราตาบอดจากโรคต้อกระจก รวมไปถึงลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคต้อกระจกแบบสุกหรือภาวะต้อหินฉับพลันจากต้อกระจกได้ และการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันความรุนแรงของโรคต้อกระจก โดยเฉพาะการดูแลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ป่วยทั้งในด้านประวัติ การตรวจร่างกาย และการประเมินสัญญาณชีพ ซึ่งช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรคต้อกระจกและมีทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเป็นอีกหนึ่งวิธีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายที่

อาจเกิดขึ้น พยาบาลควรให้คำแนะนำที่ครอบคลุมถึงสาเหตุ อาการ และการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจในการดูแลตนเอง ช่วยลดความเสี่ยงของการสูญเสียการมองเห็นที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดความรู้หรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

การใช้อินโฟกราฟิก (Infographic) เพื่อส่งเสริมความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกนั้น เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญ อินโฟกราฟิกเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการสื่อสารข้อมูลได้อย่างชัดเจน โดยการนำเสนอข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคต้อกระจก เช่น สาเหตุ อาการ และปัจจัยเสี่ยงในรูปแบบภาพ แผนภูมิ และกราฟิก ทำให้ข้อมูลนั้นดูน่าสนใจ เข้าใจง่าย และสามารถดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยได้ดีกว่าข้อมูลในรูปแบบข้อความทั่วไป ผู้ป่วยและญาติสามารถเห็นภาพรวมของโรคได้ทันที โดยไม่ต้องอ่านรายละเอียดเชิงลึกมากนัก ซึ่งช่วยให้ข้อมูลนี้เข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว จึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลสามารถให้คำแนะนำและสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ประโยชน์จากเครื่องมือเหล่านี้ ทำให้การสื่อสารด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและส่งเสริมความเข้าใจให้ผู้ป่วยและญาติสามารถจัดการกับโรคต้อกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### ๓.๑ บทวิเคราะห์

การพัฒนาสื่อการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต้อกระจกโดยใช้แผ่นภาพอินโฟกราฟิก (Infographic) ในโรงพยาบาลขอนแก่นนั้น ถือเป็นแนวทางที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการด้านสุขภาพ โดยการใช้สื่ออินโฟกราฟิกช่วยให้การสื่อสารมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถดึงดูดความสนใจของผู้รับสารได้เป็นอย่างดี ซึ่งการนำเสนอข้อมูลผ่านภาพประกอบ กราฟิก และสัญลักษณ์สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของโรคต้อกระจก ปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกัน และการรักษาในระยะเวลายาวนาน โดยไม่ต้องใช้เวลาอ่านข้อมูลที่มีเนื้อหามาก การใช้อินโฟกราฟิกจึงช่วยลดภาระของบุคลากรในการอธิบายข้อมูลพื้นฐานและเพิ่มเวลาให้กับการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะด้านได้มากขึ้น

นอกจากนี้ การจัดทำอินโฟกราฟิกเกี่ยวกับโรคต้อกระจกยังช่วยลดข้อจำกัดทางภาษาที่มักจะเป็นอุปสรรคสำหรับกลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุและผู้ที่มีทักษะการอ่านเขียนที่จำกัด อินโฟกราฟิกที่ออกแบบมาให้เรียบง่ายและมีโทนสีที่ชัดเจนสามารถส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความสนใจกับการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น การนำเสนอข้อมูลด้วยภาพยังช่วยให้ผู้ป่วยจำเนื้อหาได้ง่ายและนานขึ้น ซึ่งถือเป็นข้อได้เปรียบสำคัญในการใช้สื่ออินโฟกราฟิกในการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ

การใช้สื่ออินโฟกราฟิกในการให้ข้อมูลที่สำคัญยังช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจในหมู่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันและการรักษาโรคต้อกระจก ซึ่งจะช่วยลดภาระในระบบสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะการลดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่อาจเกิดจากการขาดการดูแลที่ถูกต้อง อินโฟกราฟิกที่ดีไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น แต่ยังสามารถเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

### ๓.๒ แนวคิด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health literacy) เป็นทักษะต่างๆทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอเป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นผลลัพธ์ขั้นสูงของกระบวนการทางสุขศึกษาร่วมกับการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสูง ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้จำแนกองค์ประกอบของ ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็น ๖ องค์ประกอบ ตามแนวคิด ของ ดอน นัทบีม ดังต่อไปนี้

๑. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูล สุขภาพ รู้วิธีค้นหาและการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา การค้นหา ข้อมูลที่ถูกต้อง ตลอดจนความสามารถในการตรวจสอบ ข้อมูลจากหลายแหล่งได้เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง และได้ข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ

๒. ความรู้ความเข้าใจ หมายถึงการมีความรู้และจำในเนื้อหาสาระสำคัญด้านสุขภาพ ความสามารถในการอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ในการที่จะนำไปปฏิบัติตลอดจนการมีความสามารถในการ วิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพ ได้อย่างมีเหตุผล

๓. ทักษะการสื่อสาร หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพ และสื่อสารข้อมูลความรู้ ด้านสุขภาพด้วยวิธีพูด อ่าน เขียนให้บุคคลอื่นเข้าใจรวมทั้ง สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพ

๔. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผน การปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้รวมถึงมี การทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการ ปฏิบัติตน เพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

๕. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือก รับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทาง ให้กับชุมชนและสังคม

๖. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง หมายถึงความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีรวมทั้งการใช้เหตุผล หรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/วิธีการ ปฏิบัติอีกทั้งยังหมายถึงความสามารถในการแสดงทางเลือกที่ เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลหักล้าง ความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม

ความรอบรู้ทางสุขภาพมีหลายระดับ แต่ละระดับ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ ระดับพื้นฐาน (Basic/Functional Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะขั้นต้นในการเข้าใจกับข้อมูลสุขภาพที่ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยการฟัง พูด อ่าน เขียน เช่นการอ่านใบยินยอม

(Consent Form) การทำความเข้าใจต่อการให้ข้อมูลของบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งข้อความเขียนและวาจา การปฏิบัติตนตามคำแนะนำของ แพทย์และพยาบาล เป็นต้น

ระดับ ๒ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์/สื่อสาร (Communicative/Interactive health literacy) ได้แก่ ความสามารถในการนำความรู้ และข้อมูลข่าวสาร ทักษะ ในการสื่อสารและสังคม เพื่อประยุกต์ใช้ร่วมกันในการดูแล สุขภาพตนเอง เช่น การซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดความรู้ทาง สุขภาพที่ตนเองมีอยู่ให้ผู้อื่นเข้าใจ

ระดับ ๓ ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) เป็นความสามารถในการคิดและวิเคราะห์อย่างมีสติ ของบุคคล ในการเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อปรับใช้ข้อมูลสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพและจัดการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบท ของตนเอง ตลอดจนการผนวกความรู้ทางสุขภาพในระดับ นี้เข้าเป็นส่วนร่วมของสังคม ในการผลักดันเพื่อปรับโครงสร้าง ในชุมชนให้มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งจะส่งผลไป สู่ภาวะสุขภาพดีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น การเลือกรูปแบบการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ซึ่งเหมาะสมกับวิถี ชีวิตและบริบทของตนเอง การคิดค้นวิธีการออกกำลังกายแบบ ใหม่เฉพาะท้องถิ่น โดยการประยุกต์ ศิลปะ วัฒนธรรมและ ประเพณีท้องถิ่น รวมทั้งเผยแพร่ในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ในการออกกำลังกาย

ระดับ ๔ การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการพิจารณา ประเมิน วิเคราะห์และให้คุณค่าเนื้อความและเจตนาที่สื่อนำเสนอ ข้อมูลสุขภาพ ผ่านเทคโนโลยีและวิธีการต่างๆ แบ่งเป็น ๒ ชนิดคือ การรู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร (Information literacy) ซึ่งหมายความว่า ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้และเหตุการณ์ต่างๆที่ได้รับรวบรวม และเลือกสรรไว้ ผ่านช่องทางการสื่อสารของเทคโนโลยี สารสนเทศ และการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ ประเมินและวิเคราะห์ ความน่าเชื่อถือของสื่อประเภทต่างๆ รวมถึงข้อมูลที่สื่อนำเสนอ ตลอดจนรู้ถึงความตื่น ลึก หนา บาง อันเป็นจุดมุ่งหมายที่สื่อ ช่อนเร้นอยู่

### ๓.๒.๑ การมีส่วนร่วมตามหลักการ A-I-C (Appreciation- Influence- Control)

A-I-C (Appreciation- Influence- Control) กระบวนการที่ผู้เข้าร่วมมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์วิเคราะห์ปัญหาและทางเลือกร่วมกันโดยถือว่าความคิดของทุกคนมีความหมาย เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถร่วมกันพัฒนากระบวนการเพื่อให้สอดคล้องกับ สภาพความเป็นจริง กระบวนการ AIC เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อจัดทำแผน โดยเป็น วิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้มีเวทีพูดคุย และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูล ข่าวสาร ที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และ ศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาวิเคราะห์ พัฒนา ทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา และพัฒนาเกิดการตัดสินใจร่วมกัน

### ๓.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

#### ๓.๓.๑ ชั้นพัฒนา/เตรียมการ

- ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจาก เอกสาร ตำราวิชาการ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูล มาจัดทำแนวทางการปฏิบัติการ วินิจฉัย และการจัดการผู้ป่วยโรคต่อกระดูกที่รับบริการในโรงพยาบาล
- เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยโรคต่อกระดูก

## ๓.๓.๒ ขั้นตอนดำเนินการ

- จัดทำแนวทางการพัฒนาสื่อการให้ความรู้โรคต่อกระจกโดยใช้แผ่นภาพอินโฟกราฟิก
- ชี้แจงให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระจก
- ทดลองใช้สื่อการให้ความรู้โรคต่อกระจกโดยใช้แผ่นภาพอินโฟกราฟิกในหอผู้ป่วย

## ๓.๓.๓ ขั้นตอนติดตามและประเมินผล

- การติดตาม ประเมินผลจากประเมินผลการใช้แนวทางการพัฒนาสื่อการให้ความรู้โรคต่อกระจกโดยใช้แผ่นภาพอินโฟกราฟิก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานการปฏิบัติการมาตรวจสอบความถูกต้อง ทุก ๓ เดือนอย่างต่อเนื่อง

## ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อกระจก
- ๔.๒ เกิดการพัฒนาเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานของหน่วยงานได้ดีขึ้นและเหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติ
- ๔.๓ มีสื่อความรู้เกี่ยวกับโรคต่อกระจกในโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ภายในหน่วยงาน

## ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อกระจกสามารถตอบคำถามได้มากกว่าร้อยละ

๘๐

- ๕.๒ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเข้าใจและใช้สื่อที่จัดทำขึ้นในการปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) ..... มาริ เชือกทอง ..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวมาริ เชือกทอง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๖ / ๑๒ / ๒๕๖๕

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้า : กรณีศึกษา
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 – 30 มีนาคม พ.ศ. 2568
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

### 3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค

#### 3.1.1 พยาธิสภาพและพยาธิสรีรวิทยา

สรีรวิทยากระดูกใบหน้าและพยาธิสภาพ Facial fracture การบาดเจ็บจากกระดูกใบหน้าที่หักในปัจจุบันนี้ พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ แล้วก็เกิดเนื่องจากอุบัติเหตุทางการจราจรเป็นอันดับหนึ่ง นอกจากนี้อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ เช่น การตก จากที่สูง การทำงาน การต่อสู้ทำร้ายร่างกาย และรวมทั้งอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬาก็ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้อาจได้รับการบาดเจ็บโดยตรงที่บริเวณใบหน้าเพียงอย่างเดียวหรือได้รับการบาดเจ็บ ร่วมกับการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ซึ่งกลไกการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกที่อวัยวะนั้นๆ แรงที่มากกระทำโดยตรงที่ใบหน้าบริเวณนั้นอาจทำให้เกิดการแตกหักแบบเฉพาะที่ของกระดูกบริเวณนั้น หรือแรงอาจจะกระจายออกไปยังกระดูกในบริเวณข้างเคียงและทำให้เกิดการแตกหักของกระดูก ที่ไม่แข็งแรง ซึ่งอยู่ห่างออกไป ดังนั้นการทำความเข้าใจกลไกการบาดเจ็บ หลักการตรวจให้การวินิจฉัย และการดูแลรักษาอย่างถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสหายเร็วขึ้นและความพิการจากการบาดเจ็บ ก็จะลดน้อยลง Anatomy of facial bone ใบหน้าปกติประกอบด้วยกระดูกหลายๆ ชิ้นประกอบกันเป็นโครงสร้างของใบหน้าที่กระดูกต่างๆ นั้นประกอบด้วย Frontal bone, Zygomatic bone, Orbit, Nasal bone, Maxilla and mandible กระดูกใบหน้าที่อยู่ส่วนบนที่สุุดลักษณะเป็นแผ่นแบนเป็นโครงสร้างของกระดูกหน้าผากเชื่อมต่อ กับกระดูกใบหน้าที่อื่นๆ ทางด้านล่าง ซึ่งประกอบด้วย Nasal และ Zygomatic bone ปกติในช่วงวัยเด็ก กระดูก Frontal จะถูกแยกเป็น 2 ด้านโดย Frontal suture ซึ่งจะคงอยู่จนถึงช่วงอายุ ประมาณ 6 ปี ในผู้ใหญ่ Frontal suture จะหายไปเกือบหมดเหลือเป็นส่วนของ Metopic suture ซึ่งอยู่ที่ส่วนกลาง ของ Glabella ซึ่งส่วนของ Metopic suture มักเห็นจาก CT scan imaging และทำให้เข้าใจผิด คิดว่าเป็น Fracture line ได้ glabella เป็นส่วนของกระดูกหน้าผากที่อยู่ระหว่าง Superciliary arch ทั้งสองข้าง และอยู่เหนือต่อ Nasal bone ลักษณะกระดูกเรียบและยื่นมาทางด้านหน้าเล็กน้อย Frontal bone เชื่อมต่อกับ Nasal bone ซึ่งอยู่ด้านล่างบริเวณที่เชื่อมต่อกันนี้เรียกว่า Nasion นอกจากนี้ Frontal bone ยังเชื่อมต่อกับกระดูกอื่นๆ ทางด้านล่างอีกหลายชิ้น เช่น Lacrimal bone, Ethmoid bone และ Sphenoid bone. (วิมล ศิริมหาราช,2561)

#### 3.1.2 ความหมายของโรค

อาการของภาวะกระดูกใบหน้าที่หักมีได้มากมายเริ่มตั้งแต่มีบาดแผลฉีกขาด ช้ำ จ้ำเลือด กดเจ็บ มีเสียงกรอบแกรบ ซึ่งเกิดจากกระดูกที่หักขยับไปมา มีอาการชา อ่อนแรง อัมพาต การสบฟันที่ผิดปกติ การมองเห็นภาพซ้อน หรือความไม่เท่ากันของโครงสร้างใบหน้า อาจพบมีอาการของภาวะการอุดตัน ของทางเดินหายใจ Physical examination การตรวจร่างกายควรทำทั้งหมดทุกระบบ

แต่ในส่วนของกระดูกใบหน้าหักให้ตรวจเน้นเฉพาะ บริเวณที่บาดเจ็บสังเกตและจดบันทึกตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บไว้เสมอว่าอยู่ตำแหน่งใด บันทึกทั้งความยาว ความลึกของบาดแผล การที่มีแผลฉีกขาด ช้ำ หรือรอยจำเลือด บ่งบอกถึงความบาดเจ็บของอวัยวะที่อยู่ ข้างใต้และต้องคิดไว้เสมอว่ามีกระดูกหักได้รอยช้ำ หรือบาดแผลนั้นๆ จนกว่าจะตรวจร่างกาย หรือจากภาพรังสีแล้วไม่พบว่ามีกระดูกหัก ควรตรวจโครงสร้างของกระดูกใบหน้าตามขั้นตอนจากส่วนบนลงล่าง หรืออาจตรวจจากส่วนล่าง ขึ้นบนก็ได้โดยใช้มือคลำบริเวณ Bony prominence ต่างๆ ของใบหน้า (วิมล ศิริมหาราช, 2561)

### 3.1.3 อุบัติการณ์เกิดของโรค

สภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น อุบัติเหตุจากจราจรเพิ่มสูงขึ้น โรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คน ต่อปี ในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่ต่ำกว่าอายุ 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตในประเทศไทย การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับห้ารองจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 30.2 รายต่อประชากร 100,000 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับ 1 (Trauma Excellence Center) ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ ภายใน 24 ชั่วโมงที่มีการบาดเจ็บ ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง บาดเจ็บใบหน้า ทรวงอก ช่องท้อง อายุมากกว่า 1 เดือน เพศหญิงและเพศชาย ให้บริการแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

จากสถิติการเข้ารับบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นในปีงบประมาณ 2565-2567 ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในงบประมาณปี 2565 จำนวน 92 ราย ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 102 ราย และปีงบประมาณปี 2567 จำนวน 122 ราย ตามลำดับ

### 3.1.4 สาเหตุของโรค/ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค

สาเหตุการบาดเจ็บเกิดได้จาก การตกจากที่สูง การทำงาน การต่อสู้ทำร้ายร่างกาย และรวมทั้งอุบัติเหตุจราจร แม้กระทั่งจากการเล่นกีฬาก็ได้ ผู้ป่วยเหล่านี้อาจได้รับการบาดเจ็บโดยตรงที่บริเวณใบหน้าเพียงอย่างเดียวหรือได้รับการบาดเจ็บ ร่วมกับการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆ ซึ่งกลไกการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกที่อวัยวะนั้นๆ แรงที่มากระทำโดยตรงที่ใบหน้าบริเวณนั้นอาจทำให้เกิดการแตกหักแบบเฉพาะที่ของกระดูกบริเวณนั้น หรือแรงอาจจะกระจายออกไปยังกระดูกในบริเวณข้างเคียงและทำให้เกิดการแตกหักของกระดูก (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2559)

### 3.1.5 อาการและอาการแสดงของโรค

อาการของภาวะกระดูกใบหน้าหักมีได้มากมายเริ่มตั้งแต่มีบาดแผลฉีกขาด ช้ำ จ้ำเลือด กัดเจ็บ มีเสียงกรอบแกรบ ซึ่งเกิดจากกระดูกที่หักขยับไปมา มีอาการชา อ่อนแรง อัมพาต การสบฟันที่ผิดปกติ การมองเห็น ภาพซ้อน หรือความไม่เท่ากันของโครงสร้างใบหน้า (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2559)

### 3.1.6 การวินิจฉัยโรค

#### 3.1.6.1 การซักประวัติและตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายให้ละเอียดและถูกต้องเริ่มจากตรวจดูว่าโครงสร้างของ ใบหน้าเท่ากันหรือไม่ การเปรียบเทียบแต่ละข้างของโครงสร้างใบหน้า (ในบางครั้งรูปถ่ายก่อนเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วยก็มี ความสำคัญเช่นกัน) หลังจากตรวจดูแล้วจึงค่อยคลำตรวจ โครงสร้างกระดูกใบหน้าโดยใช้นิ้วมือลูบไปตาม กระดูกหน้าผาก ขอบกระบอกตา จมูกบริเวณคิ้ว กระดูกโหนกแก้ม กระดูกขากรรไกรบน และกระดูก ขากรรไกรล่าง ตรวจในปากทั้งสองส่วนของขากรรไกรบนและล่าง ตรวจดูว่ามีฟันหัก ฟันหลุดหรือไม่ ตรวจดู บาดแผลฉีกขาดในปาก การกัดเจ็บที่ Dental arches และตรวจดูว่ามีการเคลื่อนไหวที่ ผิดปกติหรือไม่ ตรวจการรับความรู้สึกใบหน้า ได้แก่ การตรวจการทำงานของเส้นประสาท Supraorbital, Infraorbital และ Mental branches การสูญเสียความรู้สึกบริเวณนี้บ่งบอกให้ทราบว่ามีการหักผ่านแนวของ เส้นประสาทนั้นๆ ตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้าและตรวจดูว่าเท่ากันหรือไม่ โดยตรวจดูที่บริเวณ หน้าผาก รอบตา มุมปาก ริมฝีปากล่าง ตรวจการกลอกลูกนัยน์ตาและม่านตาว่ามีปฏิกิริยาต่อแสงไฟหรือไม่ ตรวจดูว่ามีจ้ำ เลือดใต้ตาขาวหรือไม่ ตรวจในปากและในจมูก เพื่อดูว่ามีการฉีกขาดของเยื่อหู หรือมีจ้ำเลือด หรือไม่ ตรวจบริเวณ ที่ทำให้รูจมูกตันตรวจดูว่ามีการเคลื่อนไหวของกระดูกที่ผิดปกติหรือไม่ การที่ผู้ป่วยรู้สึก ว่ามีการกัดฟันที่ผิดปกติ เป็นตัวบ่งบอกที่สำคัญว่ามีการหักขากรรไกรล่างหรือกระดูกขากรรไกรบนหัก 11 การที่มีฟันหัก หรือฟันหลุด หายไป แสดงว่าอาจมีการหักขากรรไกรล่างหรือกระดูกขากรรไกรบนหัก ก็ได้การมีน้ำใสๆ ไหลออกทางจมูกบ่งบอก ว่ามี CSF rhinorrhea

#### 3.1.6.2 การถ่ายภาพรังสี (X-ray, CT scan) (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2559)

### 3.1.7 การรักษาโรคและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาก่อนผ่าตัด

Management of facial fracture โดยทั่วไป ลำดับขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วย Maxillofacial injury มีดังนี้ 1. Airway maintenance 2. Control hemorrhage 3. Management of shock 4. Treat associated injuries 5. Triage of facial injuries Initial management Airway maintenance สิ่งสำคัญ อันดับแรกต้องแก้ไขภาวะการอุดตันทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น เลือด ฟันปลอม เศษอาหาร หรือลิ้นของผู้ป่วยที่ตกไปขวางทางเดินหายใจ พยายามเอาสิ่งแปลกปลอม ต่างๆ ที่อุดกั้นทางเดินหายใจ ส่วนบนออกให้หมด โดยใช้นิ้วมือกวาดเข้าไปในปากลึกๆ หรือให้ Suction ดูดเลือดออกจากปาก การจัดตำแหน่ง ของลิ้นไม่ให้ขวางทางเดินหายใจ โดยทั่วไปนิยมจัดทำผู้ป่วย ในท่า Chin lift หรือ Jaw thrust maneuver เนื่องจากทั้งสองท่าเป็นท่าที่ค่อยข้างปลอดภัยในการป้องกัน การเคลื่อนของกระดูกสันหลังร่วมด้วย

Chin lift maneuver ใช้นิ้วมือของมือข้างเดียววางที่ใต้ต่อกระดูก Mandible และยกกระดูก Mandible ไปข้างหน้าขณะเดียวกันอาจใช้นิ้วหัวแม่มือข้างเดียวกัน เพื่อเปิดริมฝีปากล่างของผู้ป่วย Jaw-thrust maneuver ใช้มือทั้งสองข้างจับประคองที่กระดูก Ankle of mandible ทั้งสองข้าง และยกกระดูก Mandible ขึ้นไปทางข้างหน้า หากพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาเรื่องการหายใจหลังจากที่ได้รับ Management ตามขั้นตอน ต่างๆ ที่ผ่านมาแล้ว อาจพิจารณาเรื่องการทำให้ Definitive airway ต่อไป Definitive airway = Cuff tube in trachea เมื่อประเมินแล้วผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้ ด้วยตนเองต้องพิจารณาการทำให้ Definitive airway ให้แก่ผู้ป่วย โดยทั่วไปนิยมการใส่ Endotracheal tube เพื่อ Maintain airway นอกจากนี้อาจพิจารณาทำ Cricothyroidotomy ก็ได้ Control hemorrhage ผู้ป่วย Maxillofacial injury มักพบว่ามီးเลือดออกมากจากบริเวณใบหน้า ซึ่งเลือดที่ออกมา นี้ อาจทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบนได้จากเลือดที่ไหลออกมา หรืออาจจากการที่อาเจียนแล้ว สำลักเอาเลือดที่กลืนลงไป ในกระเพาะ โดยทั่วไปเลือดที่ออกมาจากบาดแผลบริเวณส่วนใบหน้ามักมีสาเหตุ จากการฉีกขาดของ External maxillary artery, Superficial temporal artery และ Angular artery ซึ่งสามารถทำให้หยุดได้โดยการกดลงไป ที่ตำแหน่งที่มีเลือดออก วิธีการห้ามเลือดที่นิยมทำ เพื่อ Control ภาวะ Hemorrhage ในผู้ป่วย Maxillofacial injury คือ การทำ Anterior and posterior nasal packing ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้ Posterior nasal packing ทำได้โดยการใส่ Foley catheter No.10-14 (แนะนำให้ทา Bactroban ointment ที่ปลาย Foley catheter) เข้าในรูจมูกทั้งสองข้าง โดยใส่ที่ละข้าง ใส่เข้าไปลึกจนพอมองเห็นปลาย Foley catheter อยู่ใน Oropharynx จากนั้น Inflate balloon โดยใช้ Normal saline ประมาณ 10 ml และดึงสาย Foley ขึ้นจน Balloon ไปกดยู่ที่ Posterior nasopharynx ในขั้นตอนนี้อาจแนะนำให้ใช้ Gauze ชุบ Adrenaline 1:200000 ก็ได้ Anterior nasal packing ทำได้ง่ายๆ โดยอาจใช้ Gauze ชุบ Adrenaline 1:200000 หรือ Finger cot ป้าย Ointment ใส่เข้าไปในจมูกที่ละข้าง พิจารณาเอา Nasal packing ออก เมื่อ Packing ไปแล้ว 2-5 วัน โดยพบว่าในผู้ป่วยที่ Remove packing ก่อน 48 ชั่วโมง มีอัตราการลดเลือดออกซ้ำได้มากกว่า หากทำ Anterior และ Posterior nasal packing ทั้งสองข้างแล้วยังไม่สามารถควบคุมภาวะเลือดออกได้ อาจต้องพิจารณาทำ External Carotid artery ligation ต่อไป ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้จากการทำ Anterior and posterior nasal packing - nasal septum hematoma หรือ Abscess - septal pressure necrosis - sinusitis หรือ Toxic shock syndrome Management of shock บาดแผลบริเวณใบหน้าและกระดูกบริเวณใบหน้าหักที่มีเลือดออกนั้นมักไม่เป็นสาเหตุของภาวะ Shock ดังนั้นในผู้ป่วยซึ่งได้รับการบาดเจ็บที่บริเวณใบหน้าและมีภาวะ Shock เกิดขึ้นมักจะมีสาเหตุมาจาก การบาดเจ็บของอวัยวะอื่นที่เกิดร่วมด้วย ซึ่งแพทย์จะต้องตรวจหา วินิจฉัย และให้การรักษาที่ถูกต้องก่อน การให้การรักษการบาดเจ็บบริเวณใบหน้าเสมอ Timing of intervention for facial fracture ระยะเวลาที่เริ่มให้การรักษากระดูกใบหน้าหัก นับตั้งแต่ได้รับการบาดเจ็บมีความสำคัญเป็นอย่าง มาก ซึ่งพบว่ายิ่งให้การรักษาได้เร็วเท่าไรก็จะได้ผลการรักษาที่ดีกว่าปล่อยไว้นานๆ เนื่องจากจะสามารถ จัดกระดูกให้เข้าที่ได้ง่ายกว่า อย่างไรก็ตามภาวะกระดูกใบหน้าหักมักไม่ทำให้เป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต และมักพบว่าผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุกระดูกใบหน้าหักนั้นมักมีการบาดเจ็บที่อวัยวะอื่นๆ ที่มีอันตรายถึงชีวิตร่วมด้วยอยู่เสมอ เช่น ภาวะเลือดออกในสมอง การได้รับบาดเจ็บที่อวัยวะในช่องท้อง หรือช่องอก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาภาวะดังกล่าวก่อนเสมอ

การบาดเจ็บกระดูกใบหน้าบริเวณขากรรไกรที่มีการหักของขากรรไกรบนและล่างพร้อมกัน ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการจัดกระดูก โดยการจัดกระดูกให้เข้าที่ตอจนถึงการสบฟัน (Occlusion) ด้วยวิธีการรักษาที่สำคัญประการหนึ่งซึ่งช่วยได้ดี คือ การมัดฟัน (Intermaxillary fixation [IMF] หรือ Maxillomandibular fixation [MMF]) อันเป็นการยึดฟันบนและล่างไว้ด้วยกันในลักษณะที่ทำให้การสบฟันดีที่สุด ซึ่งมีประโยชน์ คือ เป็นทั้งการจัดกระดูก ให้เข้าที่ (Reduction) ให้สามารถใช้งานได้ และเป็นการยึด กระดูกให้นิ่ง (Fixation) ไปในเวลาเดียวกัน แต่ข้อเสียที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยจะอ้าปากไม่ได้ ทำให้รับประทานอาหารได้ลำบาก ได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ พุดไม่ชัดเจน สุขอนามัยในช่องปากไม่ดี (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2559)

### 3.1.8 การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้า

แรกรับซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบันประวัติการแพ้อาหารและยา สังเกตบันทึกและติดตามผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ผลฟิล์มเอกซเรย์ต่างๆ บันทึกสัญญาณชีพ การให้ยาลดปวด การทำความสะอาดบาดแผล เตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการเตรียมตัวไม่พร้อมก่อนการผ่าตัด เช่น มีโอกาสเกิดภาวะอุดตันระบบทางเดินหายใจ ก่อนและหลังผ่าตัด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ถ้ามีการวางแผนผ่าตัดแนะนำให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารและยาทางปากทุกชนิดอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด เพื่อให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการสูดสำลักอาหารเขาไปอุดตันทางเดินหายใจระหว่างและหลังผ่าตัด

แนะนำผู้ป่วยให้รักษาความสะอาดร่างกายและช่องปาก โดยเน้นย้ำเรื่องการทำความสะอาด ช่องปากเป็นสิ่งสำคัญ ให้บ้วนปากและกลั้วๆ คอดด้วยน้ำ Special mouth wash ทำความสะอาดในช่องปากบ่อยครั้งอย่างน้อย ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียในช่องปากลดกลิ่นปากและลดภาวะอักเสบติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในช่องปากได้ แนะนำให่นอนหลับอย่างเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น ไม่รู้สึกอ่อนเพลีย ปัญหาทางด้าน จิตใจที่มักเกิดกับผู้ป่วย ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งสาเหตุเกิดจากความไม่รู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด กลัวเจ็บปวดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการแสดงท่าทางที่เป็นมิตรจะช่วยลดความรู้สึกเหล่านี้ลงได้และให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการเตรียมร่างกายก่อนและหลังผ่าตัดให้กำลังใจให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและระบายความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษา (กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข, 2560)

## 3.2 แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล

3.2.1 แนวคิดกระบวนการพยาบาล (กรรณิการ์ ปัญญาวงศ์, 2559) เป็นการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีขั้นตอน ที่พยาบาลคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาลการวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** การประเมินภาวะสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพ ต้องประเมินภาวะสุขภาพผู้ให้บริการตั้งแต่แรกรับ ประเมินขณะอยู่รักษา และก่อนจำหน่าย กิจกรรมที่พยาบาลต้องทำในขั้นตอนนี้ คือ การเก็บข้อมูล การรวบรวมและการตรวจสอบข้อมูล

การวิเคราะห์และการบันทึกข้อมูล **ขั้นตอนที่ 2** การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูล มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเพื่อทราบแนวทางการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล **ขั้นตอนที่ 3** การวางแผน การพยาบาล (Nursing care plan) กิจกรรมในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญปัญหา การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง การเลือกกิจกรรมการพยาบาล และการเขียนแผนการพยาบาล **ขั้นตอนที่ 4** การใช้แผนปฏิบัติการพยาบาลเป็นการนำแผนที่วางไว้ มาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงกิจกรรม ที่อยู่ในขอบเขตการตัดสินใจได้ด้วยพยาบาล หรือเป็นกิจกรรมที่พยาบาล สามารถปฏิบัติได้โดยอิสระ ก่อนที่จะทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ต้องอยู่กับอำนาจสั่งการของบุคคลอื่น **ขั้นตอนที่ 5** การประเมินผลการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่

### 3.2.2 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon

เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ (กรณิการ์ ปัญญาวงศ์, 2559) สามารถลำดับปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมทุกปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถประเมินปัญหาได้รวดเร็วครอบคลุมภาวะที่กำลังคุกคามต่อชีวิต ประกอบด้วย

**แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ** ประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติเช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาวะในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา

**แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร** ประเมินพฤติกรรมและการปรับตัวในการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลาปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง การบริโภคการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องการกิน

**แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย** ประเมินการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุก ประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย การเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา

**แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย** ประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การออกกำลังกายของผู้รับบริการ

**แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ** ประเมินการนอนหลับ การพักผ่อน ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึก ผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตามความต้องการ

**แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้** ประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่อง การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจต้องเผชิญกับปัญหาในยามปกติและยามเจ็บป่วย

**แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์** ประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถทั้งในภาวะปกติและ ในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเอง

**แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ** ประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่นทั้ง ภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนใน ครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้นความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาท

**แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์** ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและ คู่ของตนเอง

**แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด** ประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ

**แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ** ประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ

#### การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) หลัก DMETHOD

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ บางรายอาจจะต้องฝึกฝนอาชีพใหม่

T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเช่นการทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

H Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค (กรรณิการ์ ปัญญาวงศ์,2559)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 หลักการและเหตุผล

สภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น อุบัติเหตุจากจราจรเพิ่มสูงขึ้น โรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คน ต่อปี ในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่ต่ำกว่าอายุ 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และจากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตในประเทศไทย การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับห้ารองจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 30.2 รายต่อประชากร 100,000 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับ 1 (Trauma Excellence Center) ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากสาเหตุการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ ภายใน 24 ชั่วโมงที่มีการบาดเจ็บ ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง บาดเจ็บใบหน้า ทรวงอก ช่องท้อง อายุมากกว่า 1 เดือน เพศหญิงและเพศชาย ให้บริการแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

จากสถิติการเข้ารับบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นในปีงบประมาณ 2565-2567 ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในงบประมาณปี 2565 จำนวน 92 ราย ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 102 ราย และปีงบประมาณปี 2567 จำนวน 122 ราย ตามลำดับ ดังนั้นพยาบาลในฐานะที่เป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้าได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย และวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสม

##### 4.2 วัตถุประสงค์

4.1.2 เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้า

4.1.3 เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษา เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ และช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

##### 4.3 เป้าหมายของงาน

มีการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้าได้รับดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องมีความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

##### 4.4 สาระสำคัญ

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 26 ปี อาชีพ รับจ้างทั่วไป สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 177 เซนติเมตร รับไว้รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2568 รับRefer จากโรงพยาบาลหนองสองห้อง ให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล พลเมืองดีพบผู้ป่วยนอนอยู่ข้างจักรยานยนต์ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า กู้ชีพนำส่งโรงพยาบาลหนองสองห้อง แรกรับที่ ER โรงพยาบาลหนองสองห้อง ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 °C PR 100 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 130/71 mmHg O2SAT 100% On ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM

Diagnosis แกร็บ Mild TBI (Highrisk) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Acetar 1000 ml. vein drip 100 cc./hr. ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และส่งตรวจ X-ray กะโหลกศีรษะ กระดูกต้นคอ ทรวงอก พบว่ามีกระดูกโอบหน้าหัก (Fracture Rt. Zygoma, Fracture Rt. Maxilla) จึงได้ทำการล้างแผลและแพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ประเมินสภาพแรกรับที่ ER โรงพยาบาลขอนแก่น ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 °C PR 100 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 130/71 mmHg O2SAT 100% ได้รับการพยาบาลโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด Acetar 1000 ml. vein drip 100 cc./hr. และให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm. Vein q 6 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ แพทย์ตรวจร่างกายพบว่ามีแผลฉีกขาดตามร่างกาย และตรวจพบว่า มีประวัติสลับ ได้ทำการส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ คือ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT PTT, INR และ ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) ก่อนนำส่งผู้ป่วยมาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เวลา 00.30 น. ประเมินอาการแรกรับที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวรู้เรื่อง GCS E4V5M6 pupil 3 mm RTL BE motor power gr.5 all อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/77 mmHg แพทย์พิจารณาให้ On ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM และได้ทำการประเมินผล CT Scan พบว่ามี Fracture Right Zygoma และ Fracture Right Maxilla จึงพิจารณาให้ส่งปรึกษาแพทย์ Maxillofacial

ตรวจร่างกายพบมีแผลถลอกและบวมซ้ำบริเวณใบหน้าด้านขวาปวดลำตัวด้านขวา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 7,300 cells/cu.mm (ค่าปกติ 5,000-10,000 cells/cu.mm), Hct 44.1% (ค่าปกติ 35-52%) HGB 14.4 g/dl (ค่าปกติ 12-18 g/dl) RBC 5.50 mil/cu.mm (ค่าปกติ 4.50 - 6.30 mil/cu.mm) ผลการตรวจ Electrolyte ปกติ ผลตรวจการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปกติ

แพทย์ Maxillofacial ประเมินและตรวจร่างกาย ได้ส่ง X-Ray เพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยอ้าปากไม่สุด ใบหน้าด้านขวาบวม กัดฟันไม่แน่น จึงพิจารณาผ่าตัดแพทย์วางแผนการผ่าตัดเปิดตามกระดูกโอบหน้าหักด้วยแผ่นเหล็กขนาดเล็ก (Open reduction internal fixation)

จากการประเมินผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน คือ แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ, แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร, แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย, แบบแผนที่ 4 กิจกรรม การออกกำลังกาย, แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน การนอนหลับ, แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้, แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์, แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ, แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์, แบบแผนที่ 10 การปรับตัวความทนทานกับความเครียด และแบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ รวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การวินิจฉัยโรค สัญญาณชีพ และสภาพผู้ป่วยแรกรับ โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวไว้อย่างครอบคลุมในทุกระยะ

ผู้ศึกษา เตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ให้ญาติมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาได้ผลดีเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

#### 4.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.5.1 รวบรวมผลงานในรอบปีที่ผ่านมา
- 4.5.2 คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 ราย
- 4.5.3 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพทย์ แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งการตรวจร่างกายผู้ป่วย
- 4.5.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
- 4.5.5 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา หลักฐานเชิงประจักษ์ แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
- 4.5.6 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ นำมาวางแผนโดยการใช้กระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทางด้านร่างกาย จิตสังคมและบริบทที่เกี่ยวข้อง
- 4.5.7 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้
- 4.5.8 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะในการพยาบาล
- 4.5.9 สรุปวิเคราะห์ รายงานการศึกษา จัดรวบรวมเป็นรูปเล่มผ่านคณะกรรมการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิของหน่วยงาน

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- 5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ
  - 5.1.1 ได้ศึกษาสาเหตุ อาการอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า 1 ราย
- 5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ
  - 5.2.1 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
  - 5.2.2 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
  - 5.2.3 สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
  - 5.2.4 รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
  - 5.2.5 เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า
- 6.2 ด้านบริหาร สนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลเฉพาะสาขา

6.3 ด้านวิชาการ สนับสนุนให้ใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย การส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา การมารับการรักษา ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ ทักษะ สมรรถนะเฉพาะในการประเมินผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนและให้การพยาบาล ติดตามผลลัพธ์ ตามกระบวนการพยาบาล โดยให้การพยาบาลครอบคลุมองค์รวม การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งต้องมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ส่งผลให้เกิดคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลที่ดี สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่มุ่งเน้นการพัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า เริ่มจากการประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะแทรกซ้อน การให้การดูแลรักษาให้การดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายรวมถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุด ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะของพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย

การดำเนินงานตามที่ได้ปฏิบัติการพยาบาล มีความยุ่งยากซับซ้อนในการประเมินและจัดการอาการผู้ป่วย ในทุกระยะของการดูแล พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลต้องประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยต่อเนื่อง การบันทึกกิจกรรมการพยาบาลเป็นมาตรฐานหนึ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และได้มาตรฐานการบันทึกเวชระเบียน

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

8.1 การปฏิบัติการพยาบาลแตกต่างกันตามประสบการณ์ส่งผลต่อการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า ที่ไม่ครอบคลุม

8.2 ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า

## 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 การพัฒนาความรู้ ทักษะพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า

9.2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า

10.การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- ไม่มี


11.สัดส่วนของผู้ขอประเมิน

นายรัฐพงษ์ จงลีพันธ์ สัดส่วนของผลงาน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

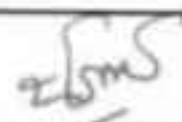
(นายรัฐพงษ์ จงลีพันธ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ


วันที่ 16 เดือน พ.ค. พ.ศ. 68

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายรัฐพงษ์ จงสิทธิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวอรไท โพธิ์ไชยแสน)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวจिरาวดี ชุมศรี)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ


วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางพิมพ์รัฐ จอมเพชร)

(...พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ...)

วันที่ .....  / ..... / .....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)

(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น)

วันที่ ..... / ..... / 2563

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

**ข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า

2. หลักการและเหตุผล

ความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้าทั้งความปวดจากการบาดเจ็บและความปวดจากหัตถการ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สำหรับผลกระทบทางด้านร่างกายนั้น พบว่า ระบบหัวใจทำงานหนักมากขึ้น เป็นผลให้เพิ่มความต้องการใช้ออกซิเจนกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial oxygen demand) นอกจากนี้การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงเนื่องจากความปวด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันได้ (Deep vein thromboembolism) นอกจากนี้ความปวดยังมีผลรบกวนการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน และการหายใจของแผล รวมทั้งคุณภาพของการนอน สำหรับผลกระทบของความปวดทางด้านจิตใจในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่สำคัญคือ ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความกลัว และความวิตกกังวลและหากการจัดการความเจ็บปวดเป็นไปอย่าง

ไม่มีประสิทธิภาพ ก็จะมีส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง นอกจากนี้ถ้าความปวดยังคงอยู่เป็นเวลานานจนพัฒนากลายเป็นความปวดเรื้อรัง ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตระยะยาวได้

การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบาดเจ็บ และประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสภาพหลังการบาดเจ็บก็เป็นตัวสะท้อนที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดการความเจ็บปวดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้า

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปวดในปัจจุบัน นับเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศขณะนี้ ต่างปรับเปลี่ยนให้ความสำคัญไปในทิศทางที่เป็นการตัดสินใจทาง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติที่ดีที่สุด ลดความคลาดเคลื่อนและประกันผลลัพธ์สุขภาพทางบวกที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการซึ่งรวมทั้งในเรื่องของการพยาบาลเพื่อจัดการความเจ็บปวด (ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์, 2565)

ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโอบหน้าที่อยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เนื่องจากปัญหาในการจัดการความปวดในหอผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม

1. ขาดการประเมินวินิจฉัยทาง การพยาบาล การพยาบาลความปวดและการประเมิน ระดับความปวดซ้ำหลังให้การพยาบาล ตลอดจน การนิเทศติดตามประเมินผล
2. เครื่องมือที่ใช้ประเมินความปวดไม่ครอบคลุมทั้งใน ด้านพฤติกรรม ไม่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ป่วย
3. พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้และ ความตระหนักในการจัดการความปวด การประเมิน ความปวดไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง และการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน
4. การจัดการความปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์การจัดการความปวด ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟู และลดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากสถิติศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น และการเข้ารับบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่นในปีงบประมาณ 2565-2567 ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีงบประมาณปี 2565 จำนวน 92 ราย ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 102 ราย และปีงบประมาณปี 2567 จำนวน 122 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

การพัฒนาครั้งนี้ เป็นการแนวปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกใบหน้า กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ อาการปวดจากอุบัติเหตุเป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน (acute pain) เกิดจากเนื้อเยื่อเส้นประสาท และกระดูกได้รับบาดเจ็บ นอกจากนี้ความปวดยังเกิดได้จากการรักษาและการทำหัตถการต่างๆ เช่น การดูแลทำความสะอาดแผลเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวดและทุกข์ทรมาน ทำให้ความร่วมมือในการรักษา ความพึงพอใจในบริการลดลง

ความสำคัญของการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกใบหน้า การจัดการความปวดถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพยาบาลและเวชปฏิบัติในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกใบหน้า ซึ่งเป็นบริเวณที่มีโครงสร้างทางกายวิภาคซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบประสาทรับความรู้สึกที่สำคัญ การบาดเจ็บในบริเวณนี้จึงมักก่อให้เกิดความเจ็บปวดที่มีความรุนแรงมากกว่าบาดแผลหรือโรคในระบบอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากใบหน้าเป็นบริเวณที่มีเส้นประสาทไตรเจมินัล (Trigeminal nerve) ซึ่งมีบทบาทหลักในการรับความรู้สึกจากใบหน้าและศีรษะ ดังนั้น เมื่อเกิดการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนในบริเวณดังกล่าว จึงส่งผลให้เกิดความปวดเฉียบพลันที่อาจมีความรุนแรงสูง นอกจากด้านสรีรวิทยาแล้ว ความเจ็บปวดจากบาดแผลที่ใบหน้ายังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นการหายใจ การพูด การรับประทานอาหาร และการแสดงออกทางสีหน้า ความบกพร่องเหล่านี้อาจเพิ่มระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมากกว่าความเจ็บปวดจากระบบอื่น ซึ่งมักจะจำกัดอยู่เพียงมิติทางกายภาพ ในขณะที่ความเจ็บปวดจากบาดเจ็บบริเวณใบหน้านั้นส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และภาพลักษณ์ของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายอาจประสบภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือแม้แต่ความรู้สึกสูญเสียอัตลักษณ์และความมั่นใจในตนเอง อีกทั้งหากไม่มีการประเมินและจัดการความปวดอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก ความเจ็บปวดจากการบาดเจ็บของกระดูกใบหน้าอาจพัฒนาเป็นความเจ็บปวดเรื้อรัง (chronic pain) ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว และก่อให้เกิดความยากลำบากในการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ดังนั้น การจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงไม่ใช่เพียงการบรรเทาความรู้สึกไม่สบาย แต่ยังเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เสริมสร้างพลังใจ และส่งเสริมการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติของชีวิตผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงกล่าวได้ว่า การประเมินและจัดการความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกใบหน้า

จำเป็นต้องดำเนินการด้วยความใส่ใจอย่างรอบด้าน ภายใต้นวัตกรรมดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

โดยใช้แนวคิดจากแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC])

#### ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโขนหน้าไปขยายผล โดยเพิ่มเครื่องมือวัดความปวดให้เหมาะสมในผู้ป่วยอื่นๆในโรงพยาบาล

2. มีการนิเทศการนิเทศติดตามผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการความปวดผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกโขนหน้าเป็นระยะ เพื่อปรับปรุงและยืนยันผลการปฏิบัติให้มีคุณภาพที่ดีมากขึ้น

#### ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

แนวคิดเรื่องการจัดการความปวดแบบองค์รวมเป็นแนวทางที่ได้รับอย่างแพร่หลายเพราะมองความปวดของผู้ป่วยในหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมแต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางอย่างในการนำไปใช้จริง

1. คือข้อจำกัดด้าน เวลาและทรัพยากร ในระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก และบุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานสูง การประเมินความปวดอาจเป็นเรื่องที่ยากต่อการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จึงมักถูกลดทอนเหลือเพียงการประเมินในเชิงปริมาณ เช่น การใช้ Numeric Rating Scale (NRS) หรือ Visual Analog Scale (VAS) โดยไม่ได้ลงลึกถึงบริบททางอารมณ์และสังคมของผู้ป่วย

2. ข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะของบุคลากร โดยเฉพาะในมิติที่ซับซ้อน เช่น การประเมินผลกระทบทางจิตวิญญาณ หรือความเชื่อส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับความปวด ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจ และการใช้ทักษะการสื่อสารอย่างลึกซึ้ง บุคลากรบางส่วนอาจยังขาดการฝึกอบรมที่เหมาะสมในด้านนี้ ส่งผลให้การประเมินความปวดในเชิงองค์รวมไม่สมบูรณ์

3. ข้อจำกัดด้านทัศนคติของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจไม่กล้าแสดงออกถึงความเจ็บปวดที่แท้จริง เพราะกลัวจะเป็นภาระแก่บุคลากรทางการแพทย์ หรือมีค่านิยมเกี่ยวกับความอดทน ซึ่งอาจนำไปสู่การประเมินความปวดที่ต่ำกว่าความเป็นจริงและการดูแลที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดในระดับนโยบายและระบบสนับสนุน เช่น การไม่มีเครื่องมือหรือแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการประเมินความปวดแบบองค์รวม หรือไม่มีระบบสนับสนุนทางจิตสังคมอย่างเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากความปวดเรื้อรัง

#### แนวทางการแก้ไข

จากข้อจำกัดที่พบในการนำแนวคิดการจัดการความปวดแบบองค์รวมมาใช้ในทางปฏิบัติ การพัฒนาแนวทางแก้ไขหรือป้องกัน ข้อจำกัดเหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แนวทางหนึ่งที่สามารถดำเนินการได้คือ การส่งเสริมความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมหรือการพัฒนาศักยภาพในด้านการประเมินและดูแลความปวดในลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะในมิติที่มักถูกมองข้าม เช่น ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งต้องอาศัยความเข้าใจและความสามารถในการสื่อสารอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาเครื่องมือหรือแบบประเมินที่สอดคล้อง

กับแนวคิดองค์รวมแต่ใช้งานได้ง่ายและเหมาะสมกับบริบทของการให้บริการ เช่น แบบสอบถามสั้นที่สามารถประเมินความรู้สึก ความคาดหวัง หรือผลกระทบด้านอารมณ์ของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เพื่อให้สามารถใช้งานได้จริงภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากร การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลความปวดในทุกมิติ และการเปิดพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารความรู้สึกของตนได้อย่างปลอดภัยและมีคุณค่าถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้การจัดการความปวดแบบองค์รวมเกิดขึ้นได้จริงในบริบทการพยาบาล

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

##### 1. ด้านผู้ป่วย

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการจัดการความเจ็บปวด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ ตลอดจนลดโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ

##### 2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลในการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดกระดุกไบหน้าขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งลดระยะเวลาในการทำงานได้มากขึ้น และสามารถขยายผลไปยังหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยในลักษณะที่คล้ายคลึงกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บกระดุกไบหน้าได้รับการประเมินและจัดการความปวด ร้อยละ 90
2. อัตราความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลการจัดการความปวดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดุกไบหน้า มากกว่าร้อยละ 90

ลงชื่อ..... 

(นายรัฐพงษ์ จงสิทธิ์)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 16 / พ.ค. / 68

ผู้ขอประเมิน