



โรงพยาบาลพุทธโสธร
Buddhasothorn Hospital

BUDDHASOTHORN HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

Buddhasothorn Hospital Journal

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2565

ISSN 2586-8624

เจ้าของ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ผู้อำนวยการ พญ.นาคยา มิลส์

ที่ปรึกษา 1. พญ.นาคยา มิลส์
2. ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษา
ชั้นคลินิก

ประธาน พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ

**บรรณาธิการ
วารสาร** พญ.ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ

คณะกรรมการ นพ.เวทิส ปทุมศรี
พญ.ภคินี ภัทรกุล
นพ.ยุทธนา จันทะโร
นพ.ชัยชนะ จันทะโร
ภญ.สุชาดา จาปะเกษตร
นางจิราภรณ์ ฉลาภูวัฒน์
ดร.สมใจ นกดี
ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา
ดร.วรากร เกียรติไกรศักดิ์
นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์
นายภาสวัฒน์ บุญจันทร์
นายพนพล นิตยศักดิ์
นางศิริพร สาครน้อย

เหรียญกษาปณ์ นางสาวสุธาทิพย์ อนันต์

เลขานุการ ดร.อรนรินทร์ ขจรวงษ์วัฒนา

ผู้ช่วยเลขานุการ นางศิริพร สาครน้อย

**ผู้ประสานงาน
สมาชิก** นางสาววรรณ พุทธเจริญ

ฝ่ายศิลป์ นางสาวณิษฐา ยาวะโนภาส
นายจรูญ สุวรรณวิเวก
นายมานพ สุจริต
นางสาวพัชรี วอนศิริ
นางสาวบุหงา ศรีเจริญ

วัตถุประสงค์

- รวบรวมและเผยแพร่วิชาการทั้งภาคทฤษฎีปฏิบัติ และประสบการณ์ที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เป็นศูนย์สำหรับตอบปัญหาหรือเผยแพร่ความคิดเห็นหรือบทความจากประสบการณ์ของผู้ที่สนใจได้พบเห็นมาอันจะเป็นแนวทางให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและการดูแลสุขภาพ
- เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในจังหวัดฉะเชิงเทรา และที่เกี่ยวข้อง ทั่วประเทศ

กำหนดออก ปีละ 4 ฉบับ ทุก 3 เดือน

สำนักงาน หน่วยเวชภัณฑ์ และโสตทัศนศึกษา
โรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง
อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. (038) 511033, 512545,
514722-3 ต่อ 3234-35
FAX : (038) 814235

แบบ-พิมพ์ที่ หจก.แสม คอมพิวเตอร์ ออฟเซต
ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา
24000
โทร. 038-088246
แฟกซ์ 038-814495

บรรณาธิการ

เรียนท่านผู้อ่านทุกท่าน

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ฉบับนี้เป็น ฉบับที่ 3 ของปียังคงมีเนื้อหาทางวิชาการที่ส่งมาจากหลากหลายวิชาชีพ เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากงานประจำ และมีประเด็นที่สงสัยต้องการ การตอบโต้ ทั้งการใช้จ่ายด้านจุลชีพที่เหมาะสมในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการดื้อยา และการใช้ยาให้สมเหตุสมผล การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง หรือศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก็คงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศในอนาคต เพื่อพัฒนางานประจำให้ดียิ่งขึ้น หรือการวิจัยด้วยข้อสงสัยใหม่ๆ ก็มีให้ผู้อ่านได้ศึกษาในวารสารฉบับนี้

สำหรับโรค covid-19 ในประเทศไทย มีแนวโน้มการติดเชื้อลดลงเหมือนกับหลายประเทศทั่วโลก และไม่ช้าประเทศไทยจะมีการประกาศให้เป็น โรคที่ต้องเฝ้าระวัง การปฏิบัติตัว new normal ที่ผ่านมา ก็จะมีการปรับเปลี่ยนสู่การใช้ชีวิตอีกรูปแบบที่ใกล้เคียงปกติมากยิ่งขึ้น แต่ถึงกระนั้นหวังว่าท่านผู้อ่านยังคงเฝ้าระวังตนเอง ให้ปลอดโรค จะเป็นการดีที่สุด เนื่องจากผู้ติดเชื้อหลายรายมีภาวะ Long covid ตามมา ซึ่งในระยะยาว เรายังไม่ทราบว่าจะเกิดความรุนแรง หรือเรื้อรังแค่ไหน นอกจากนี้โรคที่มากับช่วงหน้าฝน ทั้งไข้เลือดออก มือเท้าปาก หรือไข้หวัดใหญ่ ก็ยังมีมาต่อเนื่องและแนวโน้ม ความรุนแรง ของไข้เลือดออกก็พบเจอในหลายพื้นที่ ยังไงทีมสาธารณสุขสุพรรณกับประชาชน ก็ยังต้องดำเนินการเพื่อลดอัตราป่วยกันต่อไป

หวังว่าท่านผู้อ่านคงได้รับสาระความรู้ การจุดประกายเล็กๆ เพื่อเป็นแนว กระตุ้นในการทำวิจัย ขอให้ทุกท่านยังคงสุขภาพดี ปลอดโรค ปลอดภัย และอวยพรให้ท่านผู้ที่กำลังจะเกษียณ มีความสุขและ สุขภาพแข็งแรง สุขภาพใจเข้มแข็ง การเงินแข็งแกร่งทุกท่าน

แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ
บรรณาธิการ

การส่งผลงานวิชาการเพื่อลงพิมพ์ วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร

วารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร ยินดีรับรายงานวิจัย บทความทางวิชาการ
ข่าวความเคลื่อนไหว และภาพกิจกรรมต่างๆ

การเตรียมต้นฉบับ

1. ส่งต้นฉบับ 1 ชุด พร้อม Diskette ที่บรรณาธิการวารสารโรงพยาบาลพุทธโสธร
174 ถ.มรุพงษ์ ต.หน้าเมือง อ.เมือง จ.ฉะเชิงเทรา 24000

โทร. (038) 511033, 514722, 814375-8 โทรสาร (038) 511633

2. ต้นฉบับบทความทางวิชาการหรือรายงานวิจัยความยาวไม่ควรเกิน 8 หน้า

3. ลำดับเนื้อหาต้นฉบับรายงานวิจัย ประกอบด้วย

- ชื่อเรื่องภาษาไทย
- ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ
- नामผู้แต่ง วุฒิการศึกษา สถานที่ทำงาน (ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
- บทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)

* เนื้อหาประกอบด้วย

- บทนำ
- วัสดุและวิธีการศึกษาหรือวิจัย
- ผลการศึกษาหรือวิจัย
- วิเคราะห์ผลและข้อเสนอแนะ
- คำขอบคุณหรือกิตติกรรมประกาศ
- เอกสารอ้างอิง ให้เรียงตามลำดับที่อ้างอิงในเรื่อง และมีเลขกำกับในวงเล็บ
บนไหล่บรรทัด

4. แผนภูมิภาพประกอบ ควรแยกจากเนื้อเรื่อง หน้าละ 1 รายการ ภาพถ่ายควรเป็นภาพ
ขาวดำ หรือภาพสี ขนาดโปสเตอร์ ที่มีความชัดเจน ถ้าเป็นภาพวาดควรเป็นสีดำมีลายเส้นชัดเจน

5. บทความที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ทราบทุกเรื่อง บทความที่ไม่ได้รับ
พิจารณาลงตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

6. กองบรรณาธิการถือสิทธิ์ในการปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ของบทความ

สารบัญ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว.....1
 โทมร สันติพิพุกกุล
 พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์จักษุวิทยา
 โรงพยาบาลชลบุรี

ผลการใช้ระบบขออนุมัติการจ่ายต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว.....9
Impact of Antimicrobial Authorization at Sa Kaeo Crown Prince Hospital
 คาร์ตัน เรืองเกรียงสิน*, ภิญโญ รัตนอัมพวัลย์**, วลัยพร วังจินดา**
 Darat Ruangkiengsin*, Pinyo Rattanaumpawan**, Walaiporn Wangchinda**
 * อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว
 ** อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ สาขาวิชาโรคติดเชื้อและอายุรศาสตร์เขตร้อน ภาควิชาอายุรศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 *Physician of Infectious Disease; Division of Internal Medicine, Sa Kaeo Crown Prince Hospital, Sa Kaeo Province
 ** Physician of Infectious Disease ; Department of Medicine, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital,
 Mahidol University

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ : กรณีศึกษา.....17
Nursing Care for Colon Cancer Patients with Ostomy : case studies
 สุมาลี สิงห์เจริญ
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา.....25
 วรากร เกรียงไกรศักดิ์
 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา.....33
**READINESS OF HEALTH OFFICERS TO BE UNDER LOCAL GOVERNMENT ORGANIZATION
 IN SANAMCHAI KHET DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE**
 1.สมศักดิ์ รักษาทรัพย์
 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต
 Bachelor of Public Health (Public Health)
 Sanam Chai Ket District Public Health Office
 2.กานต์นระรัตน์ จารมร
 ปรัชญาคุณวุฒิปบัณฑิต (วิจัย วัดผลและสถิติการศึกษา) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
 Karnnarut Jaramorn
 Doctor of Philosophy (Ph.D.) (Education Research, Measurement and Statistics)
 Chachoengsao Provincial Public Health Office

ประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา.....39
**"EVALUATION OF PROVIDING CARE SERVICES FOR CORONAVIRUS DISEASE 2019
 ELDERLY PATIENTS DURING HOME ISOLATION, CHACHOENGSAO PROVINCE"**
 บุญกร รำไพยะกุล
 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง
 Ms. Busakorn Rampaiyakul
 Bachelor of Public Health
 Bangpakong District Public Health Office

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด.....	45
พนิดา ดิยะสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่.....	55
ประภัสสร ผาสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้อง.....	69
กรรณิกา ศรีฐานรุ่งเรือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร	
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดรักษาจอประสาทตาหลุดลอก.....	79
บุญริน วิเชียรวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา	
ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ.....	85
ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร อารีย์ ป้อมประสิทธิ์ * พย.ม. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร	
การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบน ด้วยวิธีการส่องกล้องสลายนิ่วด้วยเลเซอร์.....	95
และวิธีการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอกในร่างกาย ในโรงพยาบาลพุทธโสธร Comparison of Ureteroscopic Laser Lithotripsy and Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy in treatment of Upper Ureteric Calculi in Buddhasothorn Hospital ระพีพรรณ ทิมสุวรรณ พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพุทธโสธร	
การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด.....	103
“A study of the quality of life of the elderly in Trat Province” จรัญ สืบสอน สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลตราด Mr.Jarun Seubson Bachelor of Public Health Trat Hospital	
ปัจจัยที่มีผลต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล.....	109
ของประชาชนในโรงพยาบาลบางจาก เขตอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ วัชรศักดิ์ เอี่ยมศิริแสงทอง, พ.บ. กลุ่มงานศัลยกรรมทั่วไป โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ	
พัฒนาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร.....	117
นางสาวกรรณิการ์ สุขประเสริฐ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคำโรงพยาบาลพุทธโสธร.....	123
นางสาวกรรณิการ์ สุขประเสริฐ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	

การศึกษาคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว

โตมร สันตติพยุกุล

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา

โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

ความเป็นมา : สิ่วเป็นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ผิวหนังได้บ่อย และก่อปัญหาทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคมแก่คนที่เป็นสิ่วโดยเฉพาะวัยรุ่น รวมถึงนิสิตแพทย์ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว

วิธีดำเนินการวิจัย : ศึกษาในนิสิตแพทย์ปีที่ 4 5 และ 6 ปีการศึกษา 2565 โรงพยาบาลชลบุรี ช่วงเดือนสิงหาคม ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 105 คน โดยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index, DLQI) ฉบับภาษาไทย

ผลการวิจัย : นิสิตแพทย์สมัครใจตอบแบบสอบถาม 101 คน จาก 105 คน (ร้อยละ 96.2) เป็นเพศหญิง 58 คน ชาย 43 คน อายุเฉลี่ย 22.3 ปี กำลังศึกษาชั้นปีที่ 4 5 และ 6 จำนวน 35 32 และ 34 คน ตามลำดับ การกระจายของระดับความรุนแรงของสิ่วในแต่ละชั้นปีแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.183$) ส่วนระดับความรุนแรงของนิสิต

แพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 82.1) รองลงมาได้แก่ ปานกลาง (ร้อยละ 13.9) และมาก (ร้อยละ 4) ด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตนิสิตแพทย์ให้คะแนน DLQI เรื่องอับอายขาดความมั่นใจสูงสุด รองลงมาได้แก่ อาการคัน เจ็บ ปวด เสียวที่ผิวหนัง ผลกระทบต่อการเข้าสังคม และ การเลือกเสื้อผ้าสวมใส่ ด้านผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตพบว่านิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่วมีระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับเล็กน้อยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ไม่มีผลกระทบ มีผลกระทบต่อปานกลาง มาก และมากมาย คิดเป็นร้อยละ 40.6 27.7 17.8 10.9 และ 5.0 ตามลำดับ และพบว่าระดับความรุนแรงของสิ่วที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$)

สรุป : สิ่วมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ในด้านต่างๆ ทั้งความอับอาย ขาดความมั่นใจ อาการคัน เจ็บ ปวด การเข้าสังคม และพบว่าระดับความรุนแรงของสิ่วที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Quality of Life among Medical Students with Acne

Tomorn Santatipayunkul, MD.

Abstract

Background : Acne is a skin disease commonly affecting adolescents and young adults and can have a lasting impact on physical, mental as well as social health. The long-term consequence and severity of acne may also lead to reduce quality of life.

Objective : To study the quality of life among medical students affected with acne.

Method : A total of 105 medical students in the 4th, 5th and 6th college years who were studying at Chonburi Hospital during August of 2022 were included in this study. Students were asked to complete a questionnaire on Dermatology Life Quality Index (DLQI) that was translated to Thai language.

Results : A total of 101 from 105 medical students were enrolled (96.2 %) in the survey, 58 were female and 43 were male. The average age was 22.3 years. There were 35, 32 and 34 medical students from the 4th, 5th and 6th years, respectively. The number of students affected with acne within each college year was similar ($p = 0.183$). The severity of acne among medical students that had mild form was 82.1%, while 13.9% had moderate acne and only 4%

were reported to have severe acne. Despite most students being affected by only a mild form of acne, according to DLQI, students reported having feelings of disgrace and lack of confidence as the leading cause of life dissatisfaction. Other students reported itching, pain and stinging of skin as the reasons for dissatisfaction. Furthermore, factors that reduce DLQI were negative impact on social activity as well as difficulty with clothing selections that will cover skin lesions. Only 27.7% of students were not adversely affected by acne at all while the majority of medical students reported that living with acne had a minor impact on their life (40.6%). The remaining students reported that acne had moderate (17.8%), moderately severe (10.9%) and severe (5.0%) impacts on their life. We found that increased levels of acne severity have a statistically significant inverse correlation to medical students' quality of life ($p = 0.007$).

Conclusion : More severe acne has inverse correlation to good quality of life for medical students, however, regardless of the level of severity students reported having feelings of disgrace and lack of confidence from acne.

บทนำ

ผิวหนังเป็นโรคทางผิวหนังที่พบได้บ่อย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ผิวหนัง โดยมีความชุกประมาณร้อยละ 9.4 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดอันดับ 8 ของโลก จากสถิติของสถาบันโรคผิวหนังในปี พ.ศ.2555 พบว่ามีผู้รักษาผิวหนังเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยใหม่ทั้งหมด ทั้งสิ้น 13,721 คน ผิวพบได้ในทุกช่วงอายุ แต่มีความชุกสูงสุดในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยผิวจะปรากฏอาการในผู้หญิงช่วงอายุ 14-17 ปี และผู้ชายในช่วงอายุ 16-19 ปี ความรุนแรงของผิวจะมากขึ้น 3-5 ปี หลังจากเริ่มเป็นผิว และมักหายไปในช่วงอายุ 20-25 ปี ร้อยละ 85 ของผู้เป็นผิวจะเป็นชนิดไม่รุนแรง มีเพียงร้อยละ 15 ที่เป็ผิวอักเสบรุนแรง

แม้ว่าผิวจะเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ แต่ก็ก่อปัญหาทั้งด้านกาย จิตใจ และสังคมแก่คนที่เป็ผิวโดยเฉพาะวัยรุ่น รวมถึงนิสิตแพทย์ ซึ่งปัญหาเหล่านั้นนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย รวมทั้งยังมีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็ผิวไม่มากนัก และผลการศึกษาของแต่ละงานวิจัยยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ส่วนในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการศึกษาในนิสิตแพทย์ ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็ผิว และค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำการดูแลรักษาเรื่องผิวแก่นิสิตแพทย์อย่างเหมาะสม นำมาสู่การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผิว สามารถรักษาผู้ป่วยผิวในอนาคด และเพิ่มคุณภาพชีวิตในนิสิตแพทย์

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจคุณภาพชีวิตทางผิวหนังของนิสิตแพทย์ที่เป็ผิว

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive cross-sectional study) ในนิสิตแพทย์ที่กำลังศึกษาที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลชลบุรี ชั้นปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2565 (ทำการศึกษาช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2565) โดยขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index, DLQI) ฉบับภาษาไทย

ขั้นตอนการศึกษา

1. ตั้งคำถามงานวิจัยว่า คุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่กำลังศึกษาที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลชลบุรี ชั้นปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2565 ที่เป็ผิวเป็นอย่างไร
2. เลือกเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านผิวหนัง (Dermatology Life Quality Index, DLQI) ฉบับภาษาไทย ของ Professor A Y Finlay and Dr G K Khan โดยเป็นแบบสอบถามที่มีคำถามครอบคลุมทุกด้านคุณภาพชีวิต เป็คำถามแบบสอบถามที่ง่าย ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถทำได้ด้วยตนเองในระยะเวลาประมาณ 10-15 นาที
3. ขอความร่วมมือนิสิตแพทย์ที่กำลังศึกษาที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลชลบุรี ชั้นปีที่ 4-6 ปีการศึกษา 2565 ตอบแบบสอบถามโดย แพทย์ผู้วิจัยจะติดต่อหัวหน้าชั้นปีของนิสิตแพทย์เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย จากนั้นให้ตัวแทนหรือหัวหน้าชั้นปีของนิสิตแพทย์เป็นผู้ส่งแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google Forms) ซึ่งจะมีข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับงานวิจัย เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและแสดงความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และแบบสอบถามสำหรับโครงการวิจัยให้อาสาสมัครพิจารณาก่อนตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยอาสาสมัครมีสิทธิที่จะตกลงเข้าร่วมโครงการหรือปฏิเสธที่จะเข้าร่วมงานวิจัยก็ได้
4. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ ดัชนีมวลกาย อายุ ระดับชั้นปีที่ศึกษา ระดับผลการเรียน (เกรดเฉลี่ยสะสมล่าสุด) ประวัติโรคประจำตัว ตำแหน่งที่เกิดผิว ระยะเวลาที่เป็ผิว ประวัติการรักษาผิว และระดับความรุนแรงของผิว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต

ได้แก่ แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคผิวหนัง Dermatology Life Quality Index (DLQI) ฉบับภาษาไทย ซึ่งได้ผ่านการประเมินความเที่ยงตรงแล้วโดยแพทย์หญิง กนกวลัย กุลทันทน์และคณะ

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ คะแนนข้อละ 0-3 คะแนน

การนับคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- ไม่มีผลเลย, ไม่มีความเกี่ยวข้อง 0 คะแนนหรือไม่ตอบคำถาม

- เล็กน้อย 1 คะแนน
- ปานกลาง 2 คะแนน
- มาก 3 คะแนน

การแปลผล ระดับคะแนนมีค่าตั้งแต่ 0-30 คะแนน หากคะแนนยิ่งสูง หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ยิ่งน้อยลง

- คะแนน 0-1 หมายถึงไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- คะแนน 2-5 หมายถึงมีผลกระทบเล็กน้อยต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- คะแนน 6-10 หมายถึงมีผลกระทบปานกลางต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- คะแนน 11-20 หมายถึงมีผลกระทบมากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- คะแนน 21-30 หมายถึงมีผลกระทบอย่างมากมายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 23

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ประวัติโรคประจำตัว ตำแหน่งที่เกิดสิว ประวัติการรักษาสิว และระดับความรุนแรงของสิว จำแนกเป็นจำนวนและร้อยละ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนนิสิตแพทย์ (ร้อยละ) (total N = 101)
เพศ	
ชาย	43 (42.6)
หญิง	58 (57.4)
ชั้นปีที่กำลังศึกษา	
4	35 (34.7)
5	32 (31.7)
6	34 (33.6)
ประวัติโรคประจำตัว	
ไม่มีประวัติโรคประจำตัว	87 (86.1)
มีประวัติโรคประจำตัว	14 (13.9)
• โรคภูมิแพ้	10 (9.9)
• polycystic ovarian syndrome	2 (2.0)
• ไชน์สอักษะเรื้อรัง	1(1.0)
• โรคซึมเศร้า	1(1.0)

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์รายข้อด้วยการแจกแจงความถี่หาจำนวนและร้อยละของแต่ละคำตอบ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์รายข้อด้วยการแจกแจงความถี่ของคำตอบเพื่อหาจำนวนผู้ตอบในแต่ละตัวเลือก ซึ่งแสดงจำนวนข้อคิดเห็นมากน้อยตามลำดับ

3. ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา มีการกระจายของระดับความรุนแรงของสิวในแต่ละชั้นปีที่แตกต่างกันและระดับความรุนแรงของสิวที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน โดย chi-square test

ผลการวิจัย

แบบสอบถามได้รับการตอบกลับจากนิสิตแพทย์ 101 คน จากทั้งหมด 105 คน (ร้อยละ 96.2)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเพศ ชั้นปีที่กำลังศึกษา ประวัติโรคประจำตัว ตำแหน่งที่เกิดสิว ประวัติการรักษาสิว และระดับความรุนแรงของสิว จำแนกเป็นจำนวนและร้อยละ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนนิสิตแพทย์ (ร้อยละ) (total N = 101)
ตำแหน่งที่เกิดสิว	
ใบหน้า	95 (94.1)
แผ่นหลัง	25 (42.6)
หน้าอก	25 (24.8)
ต้นแขน	17 (16.8)
ประวัติการรักษาสิว	
ได้รับการรักษาสิว	61 (60.4)
ไม่ได้รับการรักษาสิว	40 (39.6)
ระดับความรุนแรงของสิว	
น้อย	83 (82.1)
ปานกลาง	14 (13.9)
มาก	4 (4.0)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ เกรดเฉลี่ยสะสมล่าสุด ระยะเวลาที่เป็นสิว แจกแจงเป็นค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	59.9	11.0
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	165.7	7.8
อายุ (ปี)	22.3	1.1
เกรดเฉลี่ยสะสมล่าสุด	3.2	0.4
ระยะเวลาที่เป็นสิว (เดือน)	12	55

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน แยกตามระดับความรุนแรงของสิวและระดับชั้นปีของนิสิตแพทย์

ความรุนแรงของระดับสิว	จำนวนนิสิตแพทย์			รวม
	ชั้นปีที่กำลังศึกษา			
	4	5	6	
น้อย	30	26	27	83
ปานกลาง	2	5	7	14
มาก	3	1	0	4
Total	35	32	34	101

ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา มีการกระจายของระดับความรุนแรงของสิวในแต่ละชั้นปีที่แตกต่างกันอย่างไม่มีความสำคัญทางสถิติ ($p = 0.183$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 คะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว

จากผลการวิจัยพบว่าปัญหาเรื่องรู้สึกอับอายขาดความมั่นใจ เป็นข้อที่นิสิตแพทย์ให้คะแนน DLQI สูงที่สุด ปัญหาที่มีคะแนน DLQI สูงเป็นอันดับที่ 2 ได้แก่ อาการคัน เจ็บ ปวด เสียชีวิตผิวหนัง และผลกระทบข้ออื่นๆที่มีคะแนน

รองลงมา คือ มีผลกระทบต่อการเข้าสังคม มีผลกระทบต่อการเลือกเสื้อผ้าสวมใส่ และ การรักษาก่อให้เกิดปัญหาตามลำดับ ส่วนคะแนน DLQI ที่ต่ำที่สุด ได้แก่ ผลกระทบทำให้มีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 คะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว (ร้อยละ) จำแนกตามคำถามแต่ละข้อ

ผลกระทบที่มีต่อนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว	ระดับของผลกระทบ				
	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่มีเลย	ไม่เกี่ยวข้อง
	ร้อยละ				
1. อาการคัน เจ็บ ปวด เสียชีวิตผิวหนัง	1.0	15.8	42.6	40.6	
2. รู้สึกอับอายขาดความมั่นใจ	11.9	24.8	37.6	25.7	
3. มีปัญหาในการออกนอกบ้าน	4.0	6.9	17.8	40.6	30.7
4. มีผลกระทบต่อการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่	10.9	17.8	5.0	38.6	27.7
5. มีผลกระทบต่อการเข้าสังคม	6.0	26.7	8.9	37.6	20.8
6. มีผลกระทบต่อการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย	4.0	11.9	13.9	35.6	34.6
7. มีปัญหาในการทำงานหรือการเรียน		0.0	15.8	84.2	
8. สร้างปัญหากับคูครองญาติ เพื่อนสนิท	2.0	1.0	7.9	49.5	39.6
9. มีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์	3.0	0.0	4.0	40.5	52.5
10. การรักษาก่อให้เกิดปัญหา	5.0	10.9	17.8	39.6	26.7

ตารางที่ 5 คะแนนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่วจำแนกตามคำถามแต่ละข้อ

ผลกระทบที่มีต่อนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว	คะแนนรวมของผลกระทบ
1. อาการคัน เจ็บ ปวด เสียชีวิตผิวหนัง	78
2. รู้สึกอับอายขาดความมั่นใจ	124
3. มีปัญหาในการออกนอกบ้าน	44
4. มีผลกระทบต่อการเลือกเสื้อผ้าที่จะสวมใส่	61
5. มีผลกระทบต่อการเข้าสังคม	68
6. มีผลกระทบต่อการเล่นกีฬา ออกกำลังกาย	50
7. มีปัญหาในการทำงานหรือการเรียน	16
8. สร้างปัญหากับคูครองญาติ เพื่อนสนิท	16
9. มีปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์	13
10. การรักษาก่อให้เกิดปัญหา	55

จากผลการวิจัยพบว่า นิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่วมีระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับเล็กน้อย มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง มาก และมากมาย ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว (และร้อยละ) จำแนกตามระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

คะแนน DLQI	ระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	จำนวนนิสิตแพทย์ (ร้อยละ)
0-1	ไม่มี	28 (27.7)
2-5	เล็กน้อย	41 (40.6)
6-10	ปานกลาง	18 (17.8)
11-20	มาก	11 (10.9)
21-30	มากมาย	3 (3.0)

ระดับความรุนแรงของสิ่วที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$)

ตารางที่ 7 จำนวนนิสิตแพทย์แยกตามระดับความรุนแรงของสิ่วและระดับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์

ระดับความรุนแรงของสิ่ว	จำนวนนิสิตแพทย์					รวม
	ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต					
	ไม่มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากมาย	
น้อย	28	34	14	5	2	83
ปานกลาง	0	4	4	5	1	14
มาก	0	3	0	1	0	4
รวม	28	41	18	11	3	101

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าประชากรที่ทำการศึกษามีความรุนแรงของสิ่วระดับรุนแรงน้อย มากที่สุด รองลงมาได้แก่ระดับรุนแรงปานกลาง และพบระดับมากพบน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ของ Kholoud T และคณะ ได้ทำการศึกษาค้นคว้า ระดับความรุนแรง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เป็นสิ่วที่ประเทศอียิปต์ ในปีพ.ศ. 2563 ซึ่งพบระดับความรุนแรงของสิ่วส่วนใหญ่ได้แก่ สิ่วน้อย (mild acne) คิดเป็นร้อยละ 75.5⁽²⁾

ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา มีการกระจายของระดับความรุนแรงของสิ่วในแต่ละชั้นปีที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านคะแนนคุณภาพชีวิต (DLQI) พบว่าประชากรที่ทำการศึกษานั้นสิ่วส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่น้อยเป็นส่วนมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ของ Kholoud T และคณะ ได้ทำการศึกษาค้นคว้า ระดับความรุนแรง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เป็นสิ่วที่ประเทศอียิปต์ ในปีพ.ศ. 2563 ซึ่งจากการประเมินคะแนนคุณภาพชีวิต CADI นั้นพบว่า ร้อยละ 11.4 ของนักเรียนที่เป็นสิ่ว มีภาวะจำกัดกิจกรรม

ขั้นรุนแรง (severe disability)⁽²⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Raza A และคณะได้ทำการศึกษาค้นคว้าและผลกระทบทางด้านจิตใจที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์ที่เป็นสิ่วจากวิทยาลัยแพทย์ 8 แห่งที่ประเทศปากีสถาน ในปีพ.ศ. 2563 โดยนักศึกษาที่เป็นสิ่วมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตระดับมาก ปานกลาง น้อย และไม่มีผลกระทบ เท่ากับ ร้อยละ 4.7 27.7 58.7 และ 8.9 ตามลำดับ⁽³⁾

ระดับความรุนแรงของสิ่วที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวลัย กุลทันทน์ และคณะ ได้ทำการศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสิ่วที่ประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2550 พบว่าผู้ป่วยบางรายแม้มีสิ่วรุนแรงน้อย แต่ก็ให้คะแนน DLQI สูง ช่วยบ่งว่าในบางคนแม้เป็นสิ่วน้อย แต่ก็อาจกระทบคุณภาพชีวิตมากได้⁽⁴⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าระดับความรุนแรงของสิ่วที่มากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ดังเช่นในการศึกษาของ Kholoud T และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้า ระดับความรุนแรง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นที่เป็นสิ่วที่ประเทศอียิปต์ ในปีพ.ศ. 2563 พบว่าระดับความรุนแรงของสิ่ว (GAGS) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ

ชีวิตกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงของสิวมากกว่าจะมีระดับคะแนน CADI ที่สูงกว่า (มีภาวะจำกัดกิจกรรมที่มากกว่า) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01)⁽²⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Arshad H และคณะ ได้ทำการศึกษาความชุกของการเกิดสิว และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของนักเรียนที่เป็นสิ่วที่ประเทศมาเลเซีย ในปีพ.ศ. 2552 พบว่าระดับความรุนแรงของสิวมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยนักเรียนที่มีสิ่วในระดับรุนแรงจะมีคะแนน CADI ที่สูงกว่า^[12]

ปัญหาเรื่องรูสึกอับอายขาดความมั่นใจ อาการคัน เจ็บ ปวด เสียหน้าที่ผิวหน้า มีผลกระทบต่อการเข้าสังคม และมีผลกระทบต่อการเลือกเสื้อผ้าสวมใส่ เป็น 4 อันดับแรก ที่นิสิตแพทย์ให้คะแนน DLQI สูงที่สุด กล่าวคือ กระทบคุณภาพชีวิตมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวลัย กุลทันทน์ และคณะ ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสิ่วในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2550 วัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบของโรคสิ่ว รวมทั้งความรุนแรงของสิ่ว และรอยแผลเป็นจากสิ่วที่มีต่อคุณภาพชีวิต ปัญหาเรื่องอับอาย เป็นปัญหาที่กระทบคุณภาพชีวิตมากที่สุด ตามด้วยปัญหาการเข้าสังคม อาการคัน เจ็บผิวหน้า และปัญหาจากการรักษาตามลำดับ^[4] ดังนั้นการรักษารอยโรคสิ่วให้ดีขึ้นและการให้ยาระงับอาการคัน ปวด เสียหน้าที่ผิวหน้าจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้สิ่วซึ่งเป็นโรคที่แพทย์คิดว่าไม่อันตราย ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายผู้ที่เป็สิ่ว แต่รอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่มองเห็นได้ชัดเจนเป็นที่สังเกตหรือมักจะถูกทักถามจากบุคคลอื่นมีผลต่ออุปนิสัยภายนอกของผู้ที่เป็นสิ่วก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นสิ่วได้เป็นอย่างมาก

คำถามบางข้อจะมีความละเอียดอ่อนและเป็นการก้าวล่วงเรื่องส่วนตัวของนิสิตแพทย์หากจะเอยถามต่อหน้า เช่นคำถามในข้อที่ 9 ซึ่งถามถึงผลกระทบต่อการมีเพศสัมพันธ์ แต่การใช้แบบสอบถามทำให้นิสิตแพทย์สะดวกใจที่จะตอบและทำให้ได้ข้อมูลในการดูแลคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ให้ครอบคลุมในทุกๆปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) จึงต้องสื่อสารและเก็บข้อมูลผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์เท่านั้น และประชากรที่ศึกษาเป็นนิสิตแพทย์เท่านั้น จึงไม่อาจสะท้อนถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสิ่วในช่วงอายุอื่น หรือ อาชีพอื่น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสิ่วและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษากครั้งนี้อาจได้จึงเป็นคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่วเบื้องต้นและจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ทราบถึงผลการประเมินคุณภาพชีวิตของนิสิตแพทย์ที่เป็นสิ่ว
2. ได้ทราบถึงระดับความรุนแรงของสิ่วที่แตกต่างกันส่งผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน
3. นำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยสิ่ว รวมถึงโรคผิวหนังอื่นๆ เพื่อลดผลกระทบที่มีต่อคุณภาพชีวิตต่อไป

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Tan JK, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. Br J Dermatol. 2015;172 Suppl 1:3–12.
2. Tayel K, Attia M, Agamia N, Fadl N. Acne vulgaris: prevalence, severity, and impact on quality of life and self-esteem among Egyptian adolescents. J Egypt Public Health Assoc. 2020;95(1):30.
3. Raza A, Yosaf P, Humayuan A, et al. Prevalence and Psychological Impact of Acne on Quality of Life among Undergraduate Medical students of Lahore, Pakistan. JSZMC 2021; 12(2): 18–22.
4. Kulthanan K, Jiamton S, Kittisarapong R. Dermatology Life Quality Index in Thai Patients with Acne. Siriraj Med J. 2007;51.

ผลการใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว Impact of Antimicrobial Authorization at Sa Kaeo Crown Prince Hospital

ดาร์ตนันต์ เรืองเกรียงสิน*, ภิญโญ รัตนอัมพวัลย์**, วลัยพร วังจินดา**

Darat Ruangkriengsin*, Pinyo Rattanaumpawan**, Walaiporn Wangchinda**

* อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ กลุ่มงานอายุรกรรม

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

** อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ สาขาวิชาโรคติดเชื้อและอายุรศาสตร์เขตร้อน ภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

*Physician of Infectious Disease; Division of Internal Medicine,

Sa Kaeo Crown Prince Hospital, Sa Kaeo Province

** Physician of Infectious Disease ; Department of Medicine, Faculty of Medicine,

Siriraj Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

ปัจจุบันพบปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยามีโอกาสต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และอัตราการเสียชีวิตสูง อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยา และการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การสร้างระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพจึงเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล โดยแบ่งเป็นมาตรการขออนุมัติก่อนการใช้ยา (pre-prescription authorization) และขออนุมัติตามหลังการใช้ไปแล้วช่วงหนึ่ง (post-prescription review with feedback) ซึ่งทั้ง 2 มาตรการล้วนเป็นกระบวนการสำคัญที่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์ ช่วยทำให้เกิดการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น แต่ประสิทธิภาพของระบบยังมีความเกี่ยวเนื่องกับอีกหลายปัจจัย เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร ความร่วมมือของแพทย์ และบุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงศักยภาพของทีมนประเมิน และระบบสนับสนุนภายใน ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์แตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาผลการนำระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ มาใช้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

สระแก้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดขนาด 400 เตียง ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกของประเทศไทย ช่วง มกราคม 2563 ถึง ธันวาคม 2563 โดยได้ทำการสุ่มเลือกผู้ป่วยก่อนและหลังการเริ่มระบบ ที่ได้รับยาต้านจุลชีพในกลุ่มควบคุม ได้แก่ ertapenem, meropenem, piperacillin/tazobactam และ colistin มาวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังนำระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ จำนวน 294 คน และ 300 คน ตามลำดับ พบว่า หลังนำระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพมาใช้ ทำให้จำนวนวันของการใช้ยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7 [1-55] วัน เทียบกับ 7 [1-46] วัน; $P=0.009$) อย่างไรก็ตามจำนวนวันของการใช้ยาต้านจุลชีพทั่วไปไม่ต่างกัน (8 [1-58] วัน เทียบกับ 7.5 [1-56] วัน; $P=0.08$) เมื่อพิจารณาการตอบสนองทางคลินิก และทางจุลชีววิทยา ไม่พบความแตกต่างใน 2 กลุ่ม และจากการประเมินจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต, จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจ, จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการติดเชื้อแทรกซ้อน พบว่ามีสัดส่วนลดลงในกลุ่มหลังนำระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพมาใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา

การใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ สามารถช่วยลดการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้วันนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการติดเชื้อแทรกซ้อนลดลง โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไม่ต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นมาตรการที่มีประโยชน์และควรสนับสนุนการดำเนินงานต่อไปในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว นอกจากนี้ยังสามารถนำระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพนี้ เป็นต้นแบบปรับใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

บทนำ

ปัจจุบันพบปัญหาการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่เหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของแบคทีเรียดื้อยาในโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยามีโอกาสต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน และอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยา และการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การสร้างระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล โดยแบ่งเป็นมาตรการขออนุมัติก่อนการใช้ยา (pre-prescription authorization) และขออนุมัติตามหลังการใช้ไปแล้วช่วงหนึ่ง (post-prescription review with feedback) ซึ่งทั้ง 2 มาตรการล้วนเป็นกระบวนการสำคัญที่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์ ช่วยทำให้เกิดการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น แต่ประสิทธิภาพของระบบ ยังมีความเกี่ยวข้องกับอีกหลายปัจจัย เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร ความร่วมมือของแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาล รวมถึงศักยภาพของทีมนประเมินและระบบสนับสนุนภายใน ซึ่งส่งผลให้ผลลัพธ์แตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล จากข้อมูลการสำรวจของประเทศไทยในปี 2563 พบว่าร้อยละ 71 ของโรงพยาบาลจังหวัดระดับตติยภูมิ มีระบบดูแลและติดตามการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ⁽¹⁻⁴⁾ แต่มีเพียงร้อยละ 51 ของโรงพยาบาลเหล่านี้ที่มีการใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ⁽⁵⁾ และระบบนี้มักมีการใช้ในโรงพยาบาลใหญ่ระดับโรงเรียนแพทย์ที่มีความพร้อมมากกว่า ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลการใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพที่มีต่อผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้าน

จุลชีพชนิดควบคุม ในผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม และยาต้านจุลชีพรวมทุกชนิด ก่อนและหลังการใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อเปรียบเทียบการตอบสนองทางคลินิกและทางจุลชีววิทยา, อัตราการเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล, ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดระดับตติยภูมิ ขนาด 400 เตียง ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งยังไม่เคยมีระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล โดยจัดทำขึ้นภายใต้การให้คำแนะนำและสนับสนุนจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ยาต้านจุลชีพ จากสาขาวิชาโรคติดเชื้อและอายุรศาสตร์เขตร้อน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมุ่งศึกษาผลการนำระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพมาใช้ในโรงพยาบาล และสุ่มเลือกผู้ป่วยก่อนและหลังการนำระบบมาใช้ มาวิเคราะห์ข้อมูลแบบย้อนหลัง (retrospective study) ระยะเวลาการทำวิจัย แบ่งเป็น 3 ช่วงดังนี้

1. วางระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม (Pre-implementation) ในเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2562 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมวิจัย ได้แก่ ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพของโรงพยาบาล แนวทางการสั่งยา ข้อมูล antibiogram ระบบเวชระเบียนผู้ป่วยใน และระบบห้องปฏิบัติการแบคทีเรีย เพื่อวางระบบอนุมัติยา

2. ประกาศใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม (Implementation) ในเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน 2563 มีการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลให้บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และประกาศใช้แนวทางขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ เมื่อมีการสั่งจ่ายยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุม ซึ่งดำเนินการครอบคลุมทุกหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยมีการใช้ใบขออนุมัติยา Drug Use Evaluation (DUE) และแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 มาตรการย่อย คือ มาตรการขออนุมัติก่อนการใช้ยา (pre-prescription authorization) ซึ่งต้องขออนุมัติก่อนการใช้ยาทุกครั้ง โดยจะ

ดำเนินการมาตรการนี้กรณีมีการใช้ยา colistin และซอโนมิตีตามหลังการใช้ไปแล้วช่วงหนึ่ง (post-prescription review with feedback) ซึ่งแพทย์ทั่วไปสามารถสั่งใช้ก่อนได้ โดยต้องเขียนเอกสารขออนุมัติทุกครั้ง หลังจากนั้นจะมีอายุรแพทย์โรคติดเชื้อและทีมงาน ติดตามประเมินการใช้ยาภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 วันหลังการสั่งใช้ยา โดยจะดำเนินการมาตรการนี้กรณีมีการใช้ยา ertapenem, meropenem, และ piperacillin/tazobactam

3. การใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม และเก็บรวบรวมข้อมูลผลการศึกษา (Post-implementation) ในเดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2563

ใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพทั่วโรงพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยแบ่งประเภทผู้ป่วยตามชนิดของยาต้านจุลชีพแบบควบคุม จากนั้นสุ่มโดยการจับสลาก โดยให้สัดส่วนชนิดของยาต้านจุลชีพของผู้ป่วยที่สุ่มสอดคล้องกับสัดส่วนผู้ป่วยจริง จากผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี และได้รับยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมอย่างน้อย 1 ครั้ง และเก็บข้อมูลด้วยวิธีการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง

ระเบียบวิธี และขั้นตอนวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัสโครงการ 193/2562) เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2562 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จ.สระแก้ว (ลำดับที่ 4/2562) เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2562

การวางแผนกลุ่มประชากรที่ศึกษา

คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมของโรงพยาบาลซึ่งมีจำนวนประมาณ 1,000 ครั้งต่อปี การทำ antibiotic authorization มีตัวแปรหลัก คือ ปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพที่ต้องได้รับการอนุมัติอย่างเหมาะสมก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ประเมินการว่าความเหมาะสมจะอยู่ที่ร้อยละ 50 (ซึ่งเป็นตัวเลขที่จะได้ขนาดตัวอย่างสูงสุด) ก่อนดำเนินโครงการ และเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 15 ภายหลังดำเนินโครงการ เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนด 2-sided alpha error = 0.05 จะได้ขนาดตัวอย่างคือ 227 โดยเผื่อ drop-out ประมาณร้อยละ 30 สรุปคือต้องเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพที่ต้องอนุมัติประมาณ 300 ราย ต่อกลุ่ม ดังนั้นการศึกษานี้มีวางแผนจะรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีที่เข้ารับ

การรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจำนวน 600 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมในช่วงก่อนการดำเนินงานระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ (pre-implementation) จำนวน 300 ราย และ ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านจุลชีพกลุ่มควบคุมในช่วงหลังการดำเนินงานระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ (post-implementation) จำนวน 300 ราย

การคำนวณทางสถิติ

ข้อมูลที่ได้จะวิเคราะห์ในรูปแบบจำนวน ค่าเฉลี่ย เปรอร์เซ็นต์ ค่ากลาง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังใช้ระบบควบคุมการสั่งยาต้านจุลชีพโดยใช้ Chi-square test และ Mann-Whitney U test และใช้โปรแกรม Stata version, 14.0 (Stata Corp, College Station TX, USA) ในการประมวลผล โดยกำหนดให้ P-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยในกลุ่มก่อนและหลังใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ จำนวน 294 คน และ 300 คน ตามลำดับ (รวม 594 คน) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 55.72) อายุเฉลี่ย 58 ปี โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ (ร้อยละ 80) และเป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 66.5) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 85.7) และได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 3 เดือน ก่อนเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 67) ส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่ม cephalosporin มากที่สุด (ร้อยละ 61) และมีการตรวจพบเชื้อจุลชีพดื้อยาในร่างกายของผู้ป่วย (colonization) ภายใน 3 เดือนถึงร้อยละ 17.5 และเชื้อจุลชีพดื้อยาส่วนใหญ่ที่พบคือ extended spectrum beta-lactamase (ESBL) Enterobacteriales (ร้อยละ 11)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนและหลังการใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพพบว่า มีความใกล้เคียงกัน ยกเว้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยหลังการใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ (post-implementation) มีค่าเฉลี่ยอายุ, สัดส่วนของผู้ป่วยในหอสามัญ, มีโรคหลอดเลือดสมอง, มีการใส่สายสวนปัสสาวะ, มีประวัติเคยได้รับยาต้านจุลชีพ, และตรวจพบเชื้อจุลชีพดื้อยาในร่างกายมาก่อนภายใน 3 เดือน มากกว่าผู้ป่วยก่อนเข้าวิจัย (pre-implementation) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะพื้นฐานทั่วไปของผู้ป่วยก่อน-หลังใช้ระบบขออนุมัติการส่งยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม

Variables	Total (n=594) no. (%)	Pre-implement (n=294) no. (%)	Post-implement (n=300) no. (%)	p-value
Age, mean $\pm$ SD, years	58.0 $\pm$ 15.3	53.8 $\pm$ 12.7	63 $\pm$ 62.1	<0.001
Male	331 (55.72)	165 (56.12)	166 (55.33)	0.85
Ward type				0.002
• General ward	477 (80.30)	221 (75.17)	256 (85.33)	
• Intensive care unit	117 (19.70)	73 (24.83)	44 (14.67)	
Department				0.78
• Medicine	395 (66.50)	192 (65.31)	203 (67.67)	
• Surgery	179 (30.13)	91 (30.95)	88 (29.33)	
• Other	20 (3.37)	11 (3.74)	9 (3.00)	
Having at least 1 comorbid condition	509 (85.69)	258 (87.76)	251 (83.67)	0.15
• Hypertension	246 (41.41)	119 (40.48)	127 (42.33)	0.65
• Cerebrovascular diseases	137 (23.06)	67 (22.79)	70 (23.33)	0.87
• Respiratory tract diseases	56 (9.43)	26 (8.84)	30 (10.00)	0.63
• Cerebrovascular system	96 (16.16)	36 (12.24)	60 (20.00)	0.01
• Diabetes mellitus	184 (30.98)	91 (30.95)	93 (31.00)	0.99
• Renal diseases	56 (9.43)	31 (10.54)	25 (8.33)	0.35
• Hepatic diseases	103 (17.34)	55 (18.71)	48 (16.00)	0.38
• Hematologic diseases	30 (5.05)	19 (6.46)	11 (3.67)	0.12
• Malignancy	60 (10.10)	29 (9.86)	31 (10.33)	0.85
• Immunocompromised host	33 (5.56)	21 (7.14)	12 (4.00)	0.10
• HIV infections	27 (4.55)	18 (6.12)	9 (3.00)	0.06
• Medical devices related				

Variables	Total (n=594) no. (%)	Pre-implement (n=294) no. (%)	Post-implement (n=300) no. (%)	p-value
• Central line catheter	31 (5.22)	15 (5.10)	16 (5.33)	0.90
• Urinary catheter	319 (53.70)	129 (43.88)	190 (63.33)	<0.001
• Nasogastric tube	235 (39.56)	112 (38.10)	123 (41.00)	0.47
Previous exposure to antimicrobial agent within the past 3 months	396 (66.67)	184 (62.59)	212 (70.67)	0.04
• Penicillins	30 (5.05)	16 (5.44)	14 (4.67)	0.67
• Cephalosporins	362 (60.94)	163 (55.44)	199 (66.33)	0.007
• Carbapenems	86 (14.48)	31 (10.54)	55 (18.33)	0.007
• Beta-lactam/beta-lactamase inhibitors	64 (10.77)	28 (9.52)	36 (12.00)	0.33
• Fluoroquinolones	54 (9.09)	18 (6.12)	36 (12.00)	0.01
• Others	150 (25.25)	64 (21.77)	86 (28.67)	0.05
Previously colonization and/or infection with multidrug-resistant (MDR) organism	104 (17.51)	41 (13.95)	63 (21.00)	0.02
• MDR A. Baumannii	19 (3.20)	11 (3.74)	8 (2.67)	0.46
• MDR P. Aeruginosa	11 (1.85)	6 (2.04)	5 (1.67)	0.74
• Extended spectrum beta-lactamase- producing gram-negative bacteria	66 (11.11)	20 (6.80)	46 (15.33)	0.001
• Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae	6 (1.01)	3 (1.02)	3 (1.00)	0.98
• Methicillin-resistant S. aureus	4 (0.67)	3 (1.02)	1 (0.33)	0.31
• Others	6 (1.01)	5 (1.70)	1 (0.33)	0.10

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 34.5) การติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 29.8) และทางเดินหายใจ (ร้อยละ 26.6) ตามลำดับ โดยพบการติดเชื้อจากในโรงพยาบาล (ร้อยละ 73.4) มากกว่าการติดเชื้อจากชุมชน (ร้อยละ 26.6) เชื้อก่อโรคส่วนใหญ่คือ *Escherichia coli* และยาต้านจุลชีพที่ใช้มากที่สุดคือยา meropenem (ร้อยละ 68.7) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเภทการติดเชื้อ จุลชีพก่อโรค และชนิดยาด้านจุลชีพ ก่อน-หลังใช้ระบบอนุมัติการสั่งยาด้านจุลชีพชนิดควบคุม

Variables	Total (n=594) no. (%)	Pre-implement (n=294) no. (%)	Post-implement (n=300) no. (%)	P-value
Sites of infections				
• Bloodstream infection	177 (29.80)	79 (26.87)	98 (32.67)	0.12
• Catheter-related bloodstream infection	6 (1.01)	2 (0.68)	4 (1.33)	0.43
• Urinary tract infection	205 (34.51)	92 (31.29)	113 (37.67)	0.10
• Lower respiratory tract infection	158 (26.60)	94 (31.97)	64 (21.33)	0.003
• Gastrointestinal tract infection	75 (12.63)	31 (10.54)	44 (14.67)	0.13
• Skin and soft tissue infection	49 (8.25)	31 (10.54)	18 (6.00)	0.04
• Other	58 (9.76)	46 (15.65)	12 (4.00)	<0.001
Type of infections				0.006
• Community-acquired infection	158 (26.60)	93 (31.63)	65 (21.67)	
• Hospital-acquired infection	436 (73.40)	201 (68.37)	235 (78.33)	
Causative pathogens				
• <i>A. Baumannii</i>	57 (9.60)	35 (11.90)	22 (7.33)	0.06
• <i>E. Coli</i>	155 (26.09)	71 (24.15)	84 (28.00)	0.29
• <i>K. Pneumoniae</i>	57 (9.60)	26 (8.84)	31 (10.33)	0.53
• <i>P. Aeruginosa</i>	49 (8.25)	27 (9.18)	22 (7.33)	0.41
• <i>S. Aureus</i>	10 (1.68)	5 (1.70)	5 (1.67)	0.97
• <i>Enterococcus spp.</i>	10 (1.68)	7 (2.38)	3 (1.00)	0.19
• Other gram-negative bacteria	54 (9.09)	27 (9.18)	27 (9.00)	0.94
• Other gram-positive bacteria	16 (2.69)	9 (3.06)	7 (2.33)	0.58
Targeted antimicrobials				0.03
• Meropenem	408 (68.69)	204 (69.39)	204 (68.00)	
• Piperacillin/tazobactam	107 (18.01)	42 (14.29)	65 (21.67)	
• Others	78 (13.13)	47 (15.99)	31 (10.33)	

การตอบสนองทางคลินิกและทางจุลชีววิทยา อัตราการเสียชีวิตที่ 28 วัน ไม่ต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม แต่พบว่า ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาในโรงพยาบาล การติดเชื้อแทรกซ้อน ระยะเวลาการใช้ยาต้านจุลชีพต้านจุลชีพรวมทุกชนิดและยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้ระบบของอนุมัติการสั่งยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตอบสนองของผู้ป่วย ก่อน-หลังใช้ระบบอนุมัติการสั่งยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมของโรงพยาบาล

Variables	Pre-implement (n=294) no. (%)	Post-implement (n=300) no. (%)	P-value
Favorable clinical responses	209 (71.09)	229 (76.33)	0.15
Favorable microbiological response	54 (18.37)	41 (13.67)	0.12
In-hospital mortality in 28 days	67 (22.79)	56 (18.67)	0.21
Clinical parameters			
• ICU duration, median [range], days	0 [0-133]	0 [0-49]	0.01
• Ventilator duration, median [range], days	0 [0-133]	0 [0-94]	0.02
• Length of stay, median [range], days	15 [1-124]	16 [1-122]	0.006
• All ATB duration, median [range], days	8 [1-58]	8 [1-56]	0.08
• Restricted ATB duration, median [range], days	7 [1-55]	7 [1-46]	0.009
Treatment complications			
• Superimposed infection	46 (15.65)	28 (9.33)	0.02
• Antibiotic-associated colitis	14 (4.76)	8 (2.67)	0.18

เปรียบเทียบข้อมูลปริมาณการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดฉีดในโรงพยาบาล (Defined Daily Dose; DDD) ต่อ 100 วันนอน และมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุม ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงธันวาคม 2562 เทียบกับเดือนกรกฎาคม ถึงธันวาคม 2563 พบว่า DDD ต่อ 100 วันนอนลดลงจาก 98.47 เทียบกับ 92.29 และมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมลดลงจาก 2,511,967 บาท เทียบกับ 1,972,021 บาท ตามลำดับ

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

การควบคุมการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพทั้งแบบก่อน และหลังสั่งใช้ยา เป็นวิธีในการควบคุมการใช้ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ลดระยะเวลา จำนวนการสั่งใช้ มูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ อีกทั้งช่วยลดระยะเวลาการนอนหอผู้ป่วยวิกฤต และในโรงพยาบาล รวมถึงการลดเวลาการใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยการตอบสนองทางคลินิก และอัตราการเสียชีวิตไม่ต่างกัน

ซึ่งสอดคล้องกับหลายวิจัยในต่างประเทศ ซึ่งสรุปผลว่าการควบคุมการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ ช่วยลดปริมาณการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ แต่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁽⁶⁻⁷⁾ แต่อย่างไรก็ตาม การควบคุมการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลยังเป็นงานที่ท้าทาย เนื่องจากจำนวนบุคลากรที่ทำงานด้านนี้ยังมีน้อย อาทิเช่น แพทย์ เภสัชกร รวมถึงนักเทคนิคการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทางด้านแบคทีเรีย และมักมีภาระงานหลากหลาย รวมทั้งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดระบบและอุปกรณ์สนับสนุน เช่น ระบบเพาะเชื้อที่ทันสมัยและรวดเร็ว อีกทั้งระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ไม่ได้เชื่อมโยงทุกระบบ ทำให้ระยะเวลาในการแจ้งผลการเพาะเชื้อและการดื้อยาล่าช้า ส่งผลถึงการใช้ยาที่เหมาะสมทำได้ยาก การดำเนินงานจึงขาดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยนี้จัดทำขึ้นในโรงพยาบาลประจำจังหวัดซึ่งมีบุคลากร และอุปกรณ์สนับสนุนจำกัด แต่จากผลการวิจัยสามารถแสดงให้เห็นว่าการใช้ระบบควบคุมการสั่งยาโดยการ

ทำงานเป็นทีม สามารถก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและโรงพยาบาล ในหลายด้าน และหากสามารถต่อยอดงานวิจัยนี้เพื่อปรับใช้ใน โรงพยาบาลในระดับเดียวกันได้ จะส่งผลให้มีการใช้ยาต้าน จุลชีพอย่างสมเหตุผล สามารถลดการติดเชื้อจุลชีพดื้อยา ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายเรื่องยาด้านจุลชีพ ได้ต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ มีการเก็บข้อมูล Pre-implementation ในช่วงก่อนการระบาดของโรค COVID-19 และเก็บข้อมูลช่วง Post-implementation ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งอาจส่งผลต่อข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ที่รักษาตัวในโรงพยาบาล มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ และการใช้ยาต้านจุลชีพ อีกทั้งงานวิจัยนี้ใช้กำลังและ เวลาของบุคลากรมาก ซึ่งหากนำระบบนี้ไปใช้ปฏิบัติงานจริง ในโรงพยาบาล อาจต้องขอการสนับสนุนด้านทรัพยากรเพิ่มเติม จากโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ความยั่งยืน และ ความต่อเนื่องด้านการควบคุมการสั่งยาต้านจุลชีพต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การใช้ระบบขออนุมัติการใช้ยาต้านจุลชีพ สามารถ ช่วยลดการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้วันนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมถึงการติดเชื้อแทรกซ้อนลดลง โดยอัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยไม่ต่างกัน ดังนั้นจึงเป็นมาตรการที่มีประโยชน์และ ควรสนับสนุนการดำเนินงานต่อไปในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว นอกจากนี้ยังสามารถนำระบบขออนุมัติ การใช้ยาต้านจุลชีพนี้ ไปเป็นต้นแบบปรับใช้กับโรงพยาบาล อื่นๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

คำขอบคุณ/กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับทุนและการสนับสนุนจากสถาบัน วิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยเจ้าของทุนไม่มีส่วน ในการออกแบบ วิเคราะห์ หรือสรุปผลงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณคุณกมลชล ศรีวรสาร เกสัชกรชำนาญการ เลขานุการควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสม ประจำโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และบุคลากร ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, MacDougall C, Schuetz AN, Septimus EJ, et al. Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. Clin Infect Dis. 2016;62(10):e51-77.
2. White AC, Jr., Atmar RL, Wilson J, Cate TR, Stager CE, Greenberg SB. Effects of requiring prior authorization for selected antimicrobials: expenditures, susceptibilities, and clinical outcomes. Clin Infect Dis. 1997;25(2):230-9.
3. Hecker MT, Aron DC, Patel NP, Lehmann MK, Donskey CJ. Unnecessary use of antimicrobials in hospitalized patients: current patterns of misuse with an emphasis on the antianaerobic spectrum of activity. Arch Intern Med. 2003;163(8):972-8.
4. Maki DG, Schuna AA. A study of antimicrobial misuse in a university hospital. Am J Med Sci. 1978;275(3):271-82.
5. Khawcharoenporn T, Apisarnthanarak A, Mundy LM. National survey of antimicrobial stewardship programs in Thailand. Am J Infect Control. 2013;41(1):86-8.
6. Khalid Eljaaly, Salwa Elarabi, Samah Alshehri, David E Nix, Impact of requiring re-authorization of restricted antibiotics on day 3 of therapy, Journal of Antimicrobial Chemotherapy, Volume 73, Issue 2, February 2018, Pages 527-530, <https://doi.org/10.1093/jac/dkx384>
7. Huang, LJ., Chen, SJ., Hu, YW. et al. The impact of antimicrobial stewardship program designed to shorten antibiotics use on the incidence of resistant bacterial infections and mortality. Sci Rep 12, 913 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-04819-6>

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ : กรณีศึกษา Nursing Care for Colon Cancer Patients with Ostomy : case studies

สุมาลี สิงห์เจริญ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

บทนำ

ในปัจจุบันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย สถิติข้อมูลมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2563 มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นมะเร็งที่พบได้มากเป็นลำดับต้นๆของหลายประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมะเร็งลำไส้ใหญ่พบได้บ่อยเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ การรักษาหลักของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้แก่การผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ (Ostomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดนำลำไส้ใหญ่ส่วนปลายออกมาเปิดที่หน้าท้องเพื่อสร้างทางเปิดระหว่างลำไส้ใหญ่และผนังหน้าท้อง สำหรับเป็นช่องทางระบายอุจจาระแทนการขับถ่ายทางทวารหนักแบบชั่วคราว (Temporary Colostomy หรือ Loop Colostomy) หรือแบบถาวร (Permanent colostomy) เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ในการขับถ่ายอุจจาระเนื่องจากผู้ป่วยต้องระบายอุจจาระผ่านทวารใหม่ทางหน้าท้องจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตประจำวันของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเกิดความวิตกกังวล รู้สึกเครียดที่ต้องมีทวารใหม่ ส่งผลให้ไม่มีความสุขในชีวิต จากการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่าง ปี 2562 - 2564 (ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่มารับบริการในแผนกศัลยกรรมจำนวน 50 , 60 และ 68 รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่จำนวน 7, 9, และ 4 รายตามลำดับ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดทั่วไป ได้แก่มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความชำนาญเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 74 ปี น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือ

ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 4 อาชีพรับจ้าง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 26 มิถุนายน 2565

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล 10 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.00น. รวมรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ R/O Rupture Diverticulitis

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย CA Sigmoid colon with partial colonic obstruction

การผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Sigmoidectomy with Colostomy with Appendectomy

อาการสำคัญ

ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ถ่ายเป็นเลือดแดงสดไม่มีอุจจาระปน 3 ชั่วโมงก่อนมา

การเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมา ถ่ายเหลวเป็นมูกปนเลือด มากกว่า 10 ครั้งต่อวันไม่อาเจียน ไม่มีไข้ อ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย นอนรักษาโรงพยาบาลชุมชน

3 ชั่วโมงก่อนมาถ่ายเป็นเลือดแดงสดไม่มีอุจจาระปน ถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะมา 2 ปี รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน รับประทานยาต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผู้ป่วยมีพี่น้อง 9 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 บิดาป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และน้องชาย เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

การประเมินสภาพผู้ป่วยตามระบบ

สภาพร่างกายโดยทั่วไป ชายไทยรูปร่างผอมสูง น้ำหนัก 51 กิโลกรัมส่วนสูง 175 เซนติเมตร สัญญาณชีพแรกรับ

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/91 มิลลิเมตรปรอท oxygen saturation 98%

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง : ผิวดำแดง ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น คุชิต

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำเข้มขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนืออัตรการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ฟังปอดไม่มีเสียง Creptitation หรือ Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจไม่สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 104 ครั้ง/นาที จังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องอืด ปวดท้อง ด้านซ้ายมาก กดเจ็บ

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แขน ขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดปกติ Motor power grade 5

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ

การรับรู้และการดูแลสุขภาพ : รับยาโรคประจำตัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล มีประวัติเคยสูบบุหรี่ประมาณ 20 ปี เลิกสูบ 2 ปี เคยดื่มสุราปัจจุบันเลิกดื่มมาแล้ว 10 ปี ไม่เคยเสพยาเสพติดชนิดใด ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สารเคมี

ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร : รับประทานอาหาร 3 มื้อ/วัน ไม่ตรงเวลา ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม

การขับถ่าย : ไม่มีอาการท้องผูก ถ่ายอุจจาระลักษณะปกติวันละ 1 ครั้ง ไม่เคยใช้ยาระบาย

กิจกรรมและการออกกำลังกาย : ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ออกกำลังกายเดินรอบๆบ้าน

การนอนหลับพักผ่อน : นอนหลับวันละ 6-7 ชั่วโมง ไม่เคยใช้ยานอนหลับ

สติปัญญา การรับรู้และประสาทสัมผัส : ระบุเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามจริง ประสาทสัมผัสปกติ

การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ : รู้สึกวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย กลัวจะเป็นภาระกับบุตร

บทบาทและสัมพันธภาพ : มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ภรรยาเสียชีวิตแล้ว มีบุตรสาว 3 คน มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี

เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ : ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีบุตรสาว 3 คน

ความเครียดและความทนต่อความเครียด : เมื่อเครียดหรือมีปัญหาจะพูดคุยกับบุตร

ความเชื่อและค่านิยม : นับถือศาสนาพุทธ เชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นไปตามวัย

จากข้อมูลกรณีศึกษา จากประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่ามีโอกาสมากกว่าร้อยละ 20 ในการป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ของคนที่มีประวัติมีผู้ป่วยป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ในครอบครัว สำหรับเหตุผลยังไม่ชัดเจนแต่เชื่อว่าอาจเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีลักษณะเหมือนกัน รวมกันหลายปัจจัย การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ 20 ปี ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่าร้อยละ 12 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่นับว่าสูบบุหรี่ และพบว่าบุหรี่มีความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการเกิดและการเจริญเติบโตขึ้นของ Adenomatous polyp การสูบบุหรี่ระยะยาว พบว่ามีความสัมพันธ์กับ Adenomatous polyp ขนาดใหญ่

ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษต่างๆ

ผลการตรวจทางรังสี

CXR : mild cardiomegaly ,No pulmonary congestion
Film acute abdomen : generalized bowel dilate free air in Rectum

CT Whole abdomen : mass at sigmoid colon measuring about 3.2x3.7 cm. No Colonic diverticulum
An enhancing sigmoid colonic mass with evacuation into upper rectal lumen with mild colonic dilatation, suspected sigmoid colonic cancer with partial colonic obstruction

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

EKG : Abnormal EKG , Atrial fibrillation , ST& T wave abnormality, consider inferolateral Ischemia HR 112 bpm

ผลการตรวจ PATHOLOGICAL

ผลการตรวจชิ้นเนื้อ(Pathological Diagnosis) วันที่ 28 มิถุนายน 2565

Sigmoid colon , sigmoidectomy ผลเป็น Moderately differentiated Adenocarcinoma

-Tumor size : 4.2x3.5x2.2 เซนติเมตร Tumor

invade into pericolic fat

- No lymphovascular invasion seen No perineural invasion note

- No tumor metastasis seen in all 13 lymph nodes

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูล	หน่วย	ค่าปกติ	ผลการตรวจ					
			26 มิ.ย. 65	27 มิ.ย. 65	28 มิ.ย. 65	30 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65	7 ก.ค. 65
Na	mmol/l	137 - 145	139	-	141	136	132	135
K	mmol/l	3.5 - 5.2	3.3	3.2	3.2	4.0	2.9	.8
Cl	mmol/l	95 - 107	106	-	110	104	99	103
CO ₂	mmol/l	23 - 30	24	-	22	24	25	29
BUN	mg/dl	9 - 20	17	-	19	22	-	-
Cr.	mg/dl	0.66-1.25	0.85	-	0.91	1.13	-	-
GFR	ml/min/ 1.73m ²	<15 =5 15 - 29.99 = 4 30 - 59.99 = 3	85.84	-	82.73	63.68	-	-

ข้อมูล	หน่วย	ค่าปกติ	ผลการตรวจ			
			26 มิ.ย. 65	27 มิ.ย. 65	28 มิ.ย. 65	6 ก.ค. 65
CBC						
WBC count	10 ³ /uL	4.5–11.0	8.0	–	8.4	–
RBC count	10 ⁶ /uL	4.5–6.2	4.2	–	4.4	–
Hb	g/dl	13.2–17.7	11.8	–	12.4	–
Hct	%	40–55.0	35.8	–	37.2	–
MCV	fl	82–99	86	–	85.5	–
MCH	pg	25–30	28.4	–	28.5	–
MCHC	g/dl	32–36	33	–	33.3	–
Plt.count	10 ³ /uL	150–400	297.0	–	289.0	–
Neutrophil	%	54–62	65.5	–	79.1	–
Lymphocyte	%	25–33	21.9	–	13.7	–
Monocyte	%	3–7	9.2	–	6.8	–
Liver Function Test						
Total protein	g/dl	6.3–8.2	–	6.1	–	–
Albumin	g/dl	3.–5.0	–	3.0	–	1.9
Globulin	g/dl	2.5–3.5	–	3.1	–	–
T.Bilirubin	mg/dl	0.2–1.3	–	0.9	–	–
D.Bilirubin	mg/dl	0.0–0.5	–	0.3	–	–
AST(SGOT)	U/L	17–59	–	19	–	–
ALT(SGPT)	U/L	< 50	–	17	–	–
Alk.Phosphatase	U/L	17–59	–	19	–	–
CEA	Mg/dl	0–5.0	–	–	3.7	–

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 74 ปี โรคร่วม โรคหัวใจ เต้นผิดจังหวะ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการ 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ถ่ายเหลวเป็นมูกปนเลือด มากกว่า 10 ครั้งต่อวันไม่อาเจียน ไม่มีไข้ อ่อนเพลียรับประทานอาหารได้น้อย เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชน 3 ชั่วโมง ก่อนมา ถ่ายเป็นเลือดแดงสดไม่มีอุจจาระปน ไม่มีอาเจียน เป็นเลือด ถูกส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลดำเนินสะดวก มีประวัติเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ รับการรักษาประจำที่โรงพยาบาลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ยาที่รับประทานประจำคือ Digoxin 0.25mg ½ tab รับประทาน หลังอาหารเช้า แกร็บ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/91 มิลลิเมตรปรอท oxygen saturation 98% น้ำหนัก 51 กิโลกรัมส่วนสูง 175 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) 16.65 ประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิด ของกอร์ดอน พบว่าแบบแผนสุขภาพด้าน การรับรู้และการดูแลสุขภาพมีประวัติเคยสูบบุหรี่มา 20 ปี แบบแผนสุขภาพด้าน ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม แบบแผนสุขภาพด้าน การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ มีความกังวลเรื่องภาวะความเจ็บป่วย ตรวจร่างกายพบ การเต้นของหัวใจจังหวะไม่สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 104 ครั้ง/นาที ท้องอืด ปวดท้องด้าน ซ้ายมาก กดเจ็บผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte Na 139 mmol/l ,K 3.3 mmol/l ,Cl 106 mmol/l, CO₂ 24 mmol/l ผล Film acute abdomen generalized bowel dilate free air in Rectum , CT Whole abdomen: mass at sigmoid colon measuring about 3.2x3.7 cm. No Colonic diverticulum .An enhancing sigmoid colonic mass with evacuation into upper rectal lumen with mild colonic dilatation, suspected sigmoid colonic cancer with partial colonic obstruction , EKG : Abnormal EKG , Atrial fibrillation , ST& T wave abnormality, consider inferolateral Ischemia HR 112 bpm การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกเริ่ม R/O Rupture Diverticulitis การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย CA Sigmoid colon with partial colonic obstruction แพทย์พิจารณาให้นอนพักรักษา ในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด Exploratory Laparotomy with Sigmoidectomy with Colostomy with Appendectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัญหาเรื่อง หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด AF (Atrial fibrillation) แพทย์ให้ยา Amiodarone 900 mg + 5% D/W 500 ml IV drip in 24 hr. ย้ายเข้ารับการดูแลรักษาพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยหนัก และได้รับ Antibiotic ได้แก่

Metronidazole 500mg IV ทุก 8 ชั่วโมงเป็นเวลา 10 วัน, Ceftriaxone 2 gm IV OD เป็นเวลา 8 วัน ,Sulperazole 1.5 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 วัน เมื่อเริ่ม step diet แพทย์เริ่มให้รับประทานยา Dioxin (0.25 mg) ½ tab hs ,Lasix (40 mg) ½ tab pc OD ,Propanolol (10mg) ½ tab pc OD , Metronidazole (200 mg) 2 tab tid. pc ,Ciprofloxacin (500 mg) 1 tab bid pc ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาที่นำมาใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาล โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้น และจังหวะการเต้นของหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน EKG show AF rate 112 ครั้ง/นาที่ ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยเป็นพัก ๆ หายใจไม่อิ่ม อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในร่างกาย 96%

วัตถุประสงค์ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เกณฑ์การประเมินผล EKG เปลี่ยนกลับเป็น Normal sinus rhythm อัตรา 60-100 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีอาการ หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในร่างกาย >95%

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสังเกตจดบันทึกอาการ แสดง Vital signs อัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์ทันที ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากภาวะ AF ทำให้การบีบตัวของหัวใจห้องบนลดลงและไม่สัมพันธ์กับห้องล่าง มีผลทำให้ การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเสื่อมลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีด ลดลงประมาณร้อยละ 20 ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ ดังนั้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย จึงมีปริมาณลดลง และอาจเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงภาวะช็อก เช่น หัวใจเต้นเร็ว ชีตตัวเย็น ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตน้อยกว่า 80 - 90 mmHg หรือ mean arterial blood pressure ลดลงกว่าเดิม มากกว่าหรือเท่ากับ 30 mmHg ประเมินอาการและอาการ แสดงของการเต้นของหัวใจและอาการที่เกิดจากปริมาณเลือด ที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง เช่น ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ กระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ชีต ปัสสาวะออกน้อย Monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ อย่างต่อเนื่อง เตรียมพร้อม สำหรับการช่วยใส่ท่อหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจ และ เตรียมทำหัตถการอื่น ๆ ให้พร้อมจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที ดูแล ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการทำงานของหัวใจ ถ้ามีอาการหอบเหนื่อยมากให้นอนในท่า Fowler's position เพื่อช่วยลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ มีอาการหายใจเหนื่อยเวลาทำกิจกรรม

ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที
O₂ saturation 97-98 % ความดันโลหิต 120/70 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เกิดภาวะไม่สมดุลของ
สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ข้อมูลสนับสนุน Potassium 2.9-3.3
mmol/L

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลเพื่อให้มีภาวะสมดุลของ
สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

กิจกรรมการพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพ ประเมินและ
บันทึกความสมดุลของสารน้ำเข้า - ออกทางหลอดเลือดดำ
อย่างเพียงพอทุก 4-8 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินภาวะน้ำเกิน
และให้ยาขับปัสสาวะตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผล
อิเล็กโทรไลต์โดยเฉพาะระดับโพแทสเซียมและแมกนีเซียมในเลือด
ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การประเมินผล ปกติยังไม่เกิดอันตรายจากภาวะ
ไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ K 3.8 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ได้รับสารอาหาร
น้อยกว่าความต้องการของร่างกายเนื่องจากเบื่ออาหาร

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยแจ้งว่าเบื่ออาหาร/รับประทาน
สารอาหารได้น้อย Serum albumin 1.9 g/dl BMI = 16.65
kg/m²

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ได้รับอาหาร
เพียงพอ ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร

กิจกรรมการพยาบาลประเมินภาวะได้รับสารอาหาร
น้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการรับประทาน ประเมิน
อาการขาดสารอาหารอย่างรุนแรง เช่น อาการกล้ามเนื้อแขนขา
ลึบ เยื่อบุตาซีด อาการบวมจาก albumin ในเลือดต่ำ ชั่งน้ำ
หนัก สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง กระตุ้นให้รับประทานอาหารอ่อน
ย่อยง่ายครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ หลีกเลี่ยงอาหารหวานมัน
เครื่องเทศ ปริกษาโภชนาการเพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสม
สภาพ

การประเมินผล ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น
ตามเกณฑ์ที่กำหนด BMI ปกติ(18.5-25.0kg/m²) เยื่อบุตา
มีสีแดง Hct >36% Serum albumin > 3 gm% ผู้ป่วย และ
แผนการรักษา จัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการ
อยากอาหาร จัดสภาพแวดล้อมให้สะดวกการประเมินผล ได้รับ
อาหารเพียงพอ ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความ
วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล
เมื่อทราบว่าจะต้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล
เกี่ยวกับการผ่าตัด และมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติ
ตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาลสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและ

ญาติและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
โรค แนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องผ่าตัด ข้อดี ข้อเสีย
ของการผ่าตัด จากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอม
ทำการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนในห้องผ่าตัด การให้ยาระงับ
ความรู้สึก และบุคลากรในห้องผ่าตัดที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ
เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกลัว และวิตกกังวล

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
มีสีหน้าสดชื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจาก
ปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุนมีแผลผ่าตัดแนว midline ยาวประมาณ
12 เซนติเมตร เปิดทวารใหม่หน้าท้องด้านซ้าย ผู้ป่วยบ่น
ปวดแผล Pain score 6 คะแนน ชีพจร 100 ครั้ง/นาที
การหายใจ 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้อาการปวดแผล
ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินอาการแสดงความเจ็บปวด
ของผู้ป่วย และ Pain score ตรวจบันทึกสัญญาณชีพ
ทุก 4 ชั่วโมง จัดท่านอน Fowler's position ให้กล้ามเนื้อ
หน้าท้องมีการหย่อนตัว แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือ
เปลี่ยนอิริยาบถ สอนการไออย่างถูกวิธี ดูแลให้ยาแก้ปวด
MO 3 mg dilute iv prn ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา
พร้อมทั้งสังเกต อาการ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก

การประเมินผล บ่นปวดแผลน้อยลง พฤติกรรม
ความเจ็บปวดอยู่ระดับ 2-3 คะแนน ความดันโลหิต
120/78-140/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที
หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงติดเชื้อบริเวณ
แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน แผล Colostomy อยู่ใกล้กับบริเวณ
แผลผ่าตัด อุณหภูมิร่างกาย 37.9-38 องศาเซลเซียส ชีพจร
100-102 ครั้ง/นาที ผล CBC WBC count = 8,000
cells/mm³ Neutrophil 65.5%

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณ
แผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิค
ปลอดเชื้อ (Aseptic technique) วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
ประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผล บาดแผลผ่าตัดแห้งดี Stoma
แดงดี รอบแผลไม่มีอักเสบ บวมแดง อุณหภูมิร่างกาย 36.8
- 37.6 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีความรู้สึก
สูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน หลังแพทย์แจ้งว่าต้องเปิดทวารเทียมและต้องขยับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องเป็นระยะเวลานานผู้ป่วยหน้าตาไม่แจ่มใส

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไปได้

กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดี แสดงออกถึงการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย เสริมสร้างกำลังใจ สอน สาธิต และช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอุจจาระ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจเมื่อเข้าสังคม โดยสอนให้ผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าที่ปิดมิดชิด หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ไข่ ถั่ว หัวหอม และกะหล่ำปลี แนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนเพื่อที่จะดูแลตนเอง สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้นพูดคุยกับเจ้าหน้าที่และเพื่อนข้างเตียงได้ เข้าใจและยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนไป ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแลตนเอง สามารถเปลี่ยนอุจจาระเองได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติซักถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการสังเกตอาการผิดปกติเช่นแผลอักเสบมีหนอง ปวดท้องไม่ถ่ายอุจจาระ ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารมีประโยชน์ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน การออกกำลังกาย แนะนำการมาตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติให้ไปพบแพทย์ก่อนวันนัด ประสานข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

ปัญหาต่างเหล่านี้ได้รับการแก้ไขทั้งหมด แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ รวมระยะเวลาที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 14 วัน และนัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ในวันที่ 25 กรกฎาคม 2565 ยาที่ได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน 1. Metronidazole (200mg) 2 tabs tid pc / 30 tablets 2. Ciprofloxacin (500 mg) 1 tab bid. pc / 10 tablets 3. Losec (20 mg) 1 cap bid ac / 30 capsules 4. Digoxin (0.25 mg) ½ tab ก่อนนอน / 10 tablets 5. Propanolol (10 mg) ½ tab bid pc / 10 tablets 6. Multivitamin 1 tab tid pc / 40 tablets 7. Motilium 1 tab tid ac / 20 tablets

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ที่มีภาวะโรคร่วม โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ พยาบาลต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อติดตามประเมินสัญญาณชีพ และอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้น อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างจากผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยมีทวารใหม่ต้องขยับถ่ายทางหน้าท้องที่มีผลกระทบต่อสภาพลักษณะ และการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อน หลังผ่าตัด การวางแผนจำหน่าย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะเห็นได้ว่าหากพยาบาลมีความรู้ ความชำนาญในการให้บริการที่ทันทั่วถึง สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ควบคู่ไปกับการพยาบาลภาวะโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เตรียมผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลทวารใหม่ได้ด้วยความมั่นใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน และเฝ้าระวังในการวางแผนการพยาบาลพร้อมให้การพยาบาลตามมาตรฐานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่
2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2565. เข้าถึงได้จาก rama. Mahidol.ac.th มะเร็งลำไส้ (colorectal cancer)
- จุฬารัตน์ ประสงค์สิน, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าท้อง; ประสบการณ์จากผู้ป่วยชาวเขา. กรุงเทพฯ: พีเอ ลิฟวิ่ง; 2558.
- บุศรา ชัยทัศน์. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารใหม่: บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารสภากาชาดไทย 2559;9(1):19-33.
- พยาบาลหน่วยรังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ภาควิหารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. การจัดการความรู้. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึงเมื่อ 18 มิถุนายน 2565 เข้าถึงได้จาก [http://www.rama.mahidol.ac.th/health Service/th/km](http://www.rama.mahidol.ac.th/health%20Service/th/km)
- วันดี ตำราญรายภูรี. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. วารสารวิทยาลัยพยาบาล

พระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2561;1(2):96-111.

วิภาวี ว่องวรนนท์. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ ใต้ตรง และทวารหนักที่มีทวารเทียมใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้. [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)]. มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2560

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ. สถิติโรคมะเร็งประจำปี พ.ศ.2563 กรุงเทพมหานคร: สถาบัน มะเร็งแห่งชาติ; 2563.

การพัฒนาแนวทางการควบคุมวัณโรคในชุมชนอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

วรกร เกรียงไกรศักดิ์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาแนวทางในการดูแลและควบคุมวัณโรคในชุมชนของอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคระดับอำเภอและตำบล 11 คน ผู้ป่วยวัณโรค 10 คน พี่เลี้ยง 10 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 19 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนได้แก่ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 ร่วมวางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญห และจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการดำเนินงานไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเป็นความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานและการควบคุมวัณโรค พบประเด็นดังนี้ 1) ระบบการบริการในคลินิกวัณโรคยังไม่ชัดเจน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ไม่ทราบบทบาทหน้าที่ของตนเอง 2) เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมความรู้เรื่องวัณโรค 3) การประสานงานในเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง ระหว่างคลินิกวัณโรคกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลล่าช้า 4) การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชนไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน 5) ผู้ป่วยวัณโรคและพี่เลี้ยงขาดความรู้ ความตระหนัก และผู้ป่วยวัณโรค สำหรับแนวทางการดูแล และควบคุมวัณโรคในชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล 2) แนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุข ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 3) แนวทางการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับ

วัณโรค ได้เน้นเรื่องที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงเกิดความตระหนักและติดตามการรักษาครบกำหนด 4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS พบว่ามีการเลือกพี่เลี้ยงร่วมกับผู้ป่วย 5) แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน มีความเข้าใจการรักษาวัณโรค ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและนำไปใช้ มีความสนใจในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคมากขึ้น ผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการรักษาจนหายขาดและจำหน่ายออกจากการรักษาวัณโรค

คำสำคัญ : การพัฒนาแนวทาง การควบคุมวัณโรค

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและกำลังเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข เป็นสาเหตุการป่วยและการเสียชีวิตในหลายๆ ประเทศทั่วโลกในปัจจุบันวัณโรคได้กลับมามีปัญหามากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้วัณโรคยังคงเป็นโรคที่สำคัญและองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน (A global TB emergency) และในปี ค.ศ. 2025 ประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้ว ความชุกของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 16-20 ล้านคน โดยประมาณ ครึ่งหนึ่ง 8-10 ล้านคนเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ และ แต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 8.4 ล้านคน โดยร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และในแต่ละปีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณ 1.9 ล้านคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ. 2005 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงโดยประมาณ 80% ของผู้ป่วยทั่วโลกอยู่ใน 22 ประเทศที่กำลังพัฒนา และได้มีการจัดอันดับประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยมากตามลำดับ ซึ่ง 3 ประเทศแรกที่มีผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดในโลกอยู่ในทวีปเอเชีย ได้แก่ ประเทศอินเดีย จีน อินโดนีเซีย (World Health Organization, 2005) สำหรับประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่ง

ในกลุ่ม 22 ประเทศเหล่านี้ด้วย จากการคำนวณทางระบาดวิทยาในรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประเทศไทยน่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ทุกประเภทปีละ 89,000 ราย คิดเป็น 142 ต่อแสนประชากรและประมาณ 40,000 ราย เป็นผู้ป่วยที่เสมหะบวก คิดเป็น 63 ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และจากรายงาน 506 ของสำนักระบาดวิทยา พบว่า ประชากรของประเทศ ร้อยละ 30-40 ติดเชื้อวัณโรคแล้ว โดยไม่มีอาการแสดงแต่อย่างใด ยกเว้นบางคนอาจมีอาการของปอดอักเสบเล็กน้อยอยู่ระยะหนึ่งแล้วหายไปได้เอง แต่อย่างไรก็ตาม เชื้อวัณโรคที่ยังอาจหลงเหลืออยู่บ้าง ก็จะหลบซ่อนอยู่ในปอดและอวัยวะอื่นๆ อย่างสงบนานเป็นแรมปี ตราบใดที่ร่างกายแข็งแรงดี ก็จะไม่เกิดโรค ต่อมาเมื่ออ่อนแอด้วยสาเหตุใดก็ตาม เชื้อที่หลบซ่อนอยู่ก็จะแบ่งตัวเจริญงอกงามจนทำให้เกิดเป็นวัณโรคขึ้นได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การรักษาวัณโรคในอดีตที่ผ่านมาเมื่อมียารักษาที่มีประสิทธิภาพ ประเทศไทยสามารถควบคุมวัณโรคได้ดีจนกระทั่งไม่เป็นปัญหาสาธารณสุข จำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกมีรายงานลดลง แต่เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยในปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคมีตรวจพบเชื้อในเสมหะประมาณ 50 ต่อแสนประชากร และจากรายงาน TB 07 ที่กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับรายงานจากพื้นที่ต่างๆ ผ่านผู้ประสานงานวัณโรค (TB coordinator) ทุกระดับ ปรากฏว่า ในปี พ.ศ. 2547 ผู้ป่วยวัณโรคได้เพิ่มขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากการกลับมาทวีความรุนแรงของปัญหาวัณโรค จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการยับยั้งและชะลอผลกระทบ โดยการนำวิธีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าดีที่สุดซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกแล้วว่าสามารถแก้ปัญหาได้โดยการใช้วิธีการรักษาวัณโรคภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOTS : Directly-Observed Treatment, Short-course) หรือการรักษาแบบมีที่เลี้ยงเพื่อเพิ่มอัตราการหายขาดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการควบคุมวัณโรคแนวใหม่ที่มีผลการพื้นที่ทดลองตั้งแต่ปี 2539 (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เป้าหมายการดำเนินงานวัณโรคเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ คือ เพื่อรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ ลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ซึ่งจะมีผลทำให้ขนาด ปัญหาและความรุนแรงของวัณโรคลดลง จนไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข การรักษาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ โดยให้มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา โดยคิดจากอัตราการรักษาหายและรักษาครบรวมกันไม่น้อยกว่า

ร้อยละ 85 อัตราการขาดยาไม่ควรเกินร้อยละ 5 และเพิ่มความปลอดภัยและแรงรัดการค้นหายผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของจำนวนผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อที่คาดว่าจะมีอยู่ในชุมชน (กรมควบคุมโรค, 2558)

จากสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ซึ่งรับผิดชอบ 8 จังหวัด คือ จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดชลบุรี จังหวัดระยอง จังหวัดจันทบุรี จังหวัดตราด จังหวัดปราจีนบุรี จังหวัดสระแก้ว และจังหวัดฉะเชิงเทราในปี พ.ศ. 2562 ผลสำเร็จของการรักษาในภาพรวมร้อยละ 87.4 (เป้าหมายร้อยละ 85) จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นจังหวัดหนึ่งในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคที่ 6 มีผลการรักษาไม่บรรลุเป้าหมายการรักษาตามแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติที่ โดยในปี พ.ศ. 2558-2560 พบแนวโน้มการกลับมาระบาดซ้ำของวัณโรคสูงขึ้น อัตราผู้ป่วยด้วยวัณโรคคิดเป็น 46.5, 43.7 และ 50.2 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และมีอัตราการรักษาหายขาดเท่ากับร้อยละ 70.8 82.1 และ 79.20 ตามลำดับซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาชุมชนแออัดในเขตเมือง การติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โรคเรื้อรังอื่นๆ ผู้สูงอายุ แรงงานย้ายถิ่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ต้องขังในเรือนจำ สาเหตุของการรักษาไม่ได้ตามเป้าหมายเกิดจากที่ผู้ป่วยขาดยามากที่สุด ซึ่งอัตราการขาดยาในผู้ป่วยเสมหะบวกในปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับร้อยละ 12.6, 4.1 และ 19.0 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2561)

อำเภอเมืองฉะเชิงเทรามีโรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 535 เตียง รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทุกประเภททั้งหญิงและชาย ผลการดำเนินงานประเมินผลจากอัตราการรักษาหายขาด (Cure rate) ในผู้ป่วยเสมหะบวก และอัตราการรักษาครบ (Completion rate) ในผู้ป่วยเสมหะบวก พบว่า ยังมีอัตราต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมาย ร้อยละ 85) โดยในปี พ.ศ. 2558-2560 มีอัตราการรักษาหายขาดเท่ากับร้อยละ 83.0, 80.0 และ 82.5 ตามลำดับ สาเหตุของการรักษาไม่ได้ตามเป้าหมายเกิดจากที่ผู้ป่วยขาดยาที่สุด อัตราการขาดยาในผู้ป่วยเสมหะบวกในปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับร้อยละ 5.8, 8.8 และ 25.7 ตามลำดับ (อัตราการขาดยาไม่ควรเกินร้อยละ 5) (โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2561)

จากผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่า การดำเนินงาน DOTS นั้นยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ การดำเนินงานควบคุมวัณโรคที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด จะได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา และนัดมารับยาที่

โรงพยาบาลเดือนละครั้ง จากนั้นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานวัณโรคจะส่งรายละเอียดการรักษาไปให้ผู้ประสานงานระดับอำเภอที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัย การดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ทราบสาเหตุของการขาดการรักษาของผู้ป่วยในพื้นที่อย่างแท้จริง จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดการรักษาให้เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ของกรมควบคุมโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาในขณะรับการรักษาที่บ้านไม่ได้รับการแก้ไขได้ตามกับปัญหาและความต้องการจึงส่งผลให้การควบคุมดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนไม่ได้ผล ดังจะเห็นได้จากยังมีอัตราป่วยและอัตราการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับที่สูง การรับการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือรักษาไม่ครบตามกำหนดตามแผนการรักษา ส่งผลให้เกิดปัญหาแพร่เชื้อสู่บุคคลรอบข้างและหากผู้ป่วยวัณโรคในระยะแพร่เชื้อที่ขาดการรักษาหากไม่ได้รับการรักษาภายใน 1 ปีครึ่ง จะมีอัตราการตายถึงร้อยละ 30-50 ภายในเวลา 5 ปี สำหรับกรณีรักษาบ้างถึงแม้จะไม่สม่ำเสมอผู้ป่วยก็จะอายุยืนยาวขึ้นแต่ไม่หายจากโรคและยังสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้และการที่ผู้ป่วยขาดการรักษา หรือรับยาไม่สม่ำเสมอจะทำให้เกิดเชื้อวัณโรคคือยา MRD-TB (Multidrug Resistance Tuberculosis) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานดูแลและควบคุมวัณโรคในชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลและควบคุมวัณโรคในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากการป่วยและมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน และจะช่วยลดอัตราป่วย อัตราตาย และการแพร่เชื้อวัณโรคในชุมชน ไม่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันในการดูแลและควบคุมวัณโรคในชุมชนของอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลและควบคุมวัณโรคในชุมชนของอำเภอเมืองฉะเชิงเทราจังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อประเมินผลแนวทางการดูแลและควบคุมวัณโรคในชุมชนของอำเภอเมืองฉะเชิงเทราจังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

กระบวนการต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้มาจากกระบวนการวิจัยตามแนวคิดของการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยการหาวิธีการที่ทำให้นักวิจัยและผู้ร่วมวิจัยที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ทำงานร่วมกันเกิดความตระหนักถึงข้อเท็จจริงที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลและควบคุมวัณโรค พัฒนาคุณภาพการบริการและส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการพัฒนาสมรรถนะของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากการปฏิบัติงาน นำไปสู่การค้นหาแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาการดูแลและควบคุมวัณโรคในชุมชนต่อไป

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วย 4 กลุ่มจำนวนทั้งหมด 50 คน ดังนี้

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ คือ บุคลากรในทีมสุขภาพผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน
2. กลุ่มผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองฉะเชิงเทรา ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอด จำนวน 10 คน
3. กลุ่มที่เสี่ยงผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ สามิ ภรรยา บุตร หลาน และญาติพี่น้อง ที่มีส่วนร่วมในการเป็นพี่เลี้ยงผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 10 คน
4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 19 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ได้แก่ ยินยอมตกลงสมัครใจจนสิ้นสุดการวิจัย สดชื่นแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น และอ่านออกเขียนได้ และไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการ กลุ่มตัวอย่างขอลาออกจากโครงการวิจัย มีเหตุภาวะความจำเป็น เช่น เจ็บป่วย เสียชีวิต และย้ายที่อยู่จากเขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้สร้างจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินชุมชนเรื่องวัณโรคที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับสากล เพื่อให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และเพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุมและครบถ้วนมากที่สุด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยวัณโรค เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้บริการ 2) กลุ่มผู้รับบริการ 3) กลุ่มที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยวัณโรค และ 4) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระยะที่ 2 วางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข ปัญหา ใช้การประชุมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่ผู้ศึกษาและทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมมือกันสร้างขึ้นโดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ที่เลี้ยง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่ศึกษา องค์ประกอบแนวทางการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย 2) กิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วย 3) ผลลัพธ์ของการดูแลที่คาดหวัง

2. แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยวัณโรค ใช้แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านที่กองวัณโรค ได้จัดทำขึ้นเป็นแนวทางในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนได้แก่ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์และวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 ร่วมวางแผน ตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข ปัญหา และจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ขั้นตอนที่ 3 นำแนวทางการดำเนินงานไปใช้และสะท้อนผลการปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเป็นความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่มีการตรวจสอบและการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงประมาณ ได้แก่ จำนวนผู้ร่วมวิจัย ในกิจกรรมต่างๆ ส่วนข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content

analysis) ศึกษาจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในภาคสนาม และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การจัดประชุม โดยมีวิธีการบริหารจัดการข้อมูลในแต่ละวัน ตรวจสอบข้อมูลให้แน่ใจว่าข้อมูลถูกต้อง และบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ นำข้อมูลแต่ละหมวดมาสรุปเป็นประเด็นหลัก วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละเหตุการณ์ มาอธิบายสาเหตุและเชื่อมโยงข้อมูลสร้างเป็นข้อสรุปได้

ผลการศึกษา

1. การประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค

สภาพการณ์ดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอเมืองจะเชิงตราพบว่า ขาดการประสานงานส่งต่อและส่งกลับของข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างคลินิกวัณโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมถึงองค์กรในชุมชน ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคไม่เป็นปัจจุบัน มีแนวทางการติดตามผู้ป่วยวัณโรคแต่รายละเอียดของแนวทางไม่ชัดเจน จากการจัดเวทีเสวนาระดมสมองเพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ผู้ร่วมเสวนาได้เสนอจัดทำแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้ปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน และพิจารณาปรับแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

การปฏิบัติตามแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล และการติดตามผล จากการนำแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลไปใช้พบว่า มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคและปัญหาที่ควรได้รับการดูแลต่อเนื่องระหว่างคลินิกวัณโรคกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุข อำเภอมีการประสานงานและปรับปรุงข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นปัจจุบันทุกเดือน มีช่องทางการประสานงานส่งต่อที่สะดวกขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นวาระในการติดตามการดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอ จากการประเมินผลพบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนมากขึ้นสามารถนำไปใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยได้และมีความพึงพอใจที่มีแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลที่เป็นระบบ ชัดเจน

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน

พบว่า องค์กรในชุมชนยังไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคและดำเนินงานควบคุมวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีนโยบายการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแต่ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากไม่ตระหนักและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวัณโรคของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติขาดการบูรณาการในการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและขาดการบูรณาการร่วมกับชุมชนเจ้าหน้าที่

ที่เกี่ยวข้องและระดับผู้บริหารให้การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานไม่สม่ำเสมอ จากการจัดเวทีเสวนาระดมสมองเพื่อวางแผน ตัดสินใจแก้ไขปัญห โดยเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมเสวนาได้แลกเปลี่ยนความรู้ แสดงความคิดเห็นร่วมจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ร่วมจัดทำแนวทางค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด พัฒนาและจัดทำแบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงและร่วมจัดทำแนวทางการให้สุศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค มีการประชุมพิจารณาปรับแนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและแนวทางการให้สุศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค เพื่อให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

การปฏิบัติติดตามแนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคและแนวทางการให้สุศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคและการติดตามผล
การนำแนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคไปใช้ที่คลินิกวัณโรคและในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา โดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ผลจากการนำแนวทางการดำเนินงานไปใช้พบว่ากลุ่มเสี่ยงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการระบุประเภทผู้รับการรักษาครบถ้วนกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งตัวเพื่อมาตรวจวินิจฉัยทำให้ผู้ที่มีการสงสัยว่าเป็นวัณโรคได้รับการตรวจวินิจฉัยที่เร็วขึ้นและเป็นการตัดวงจรการเกิดวัณโรคในพื้นที่ จากการประเมินผล พบว่า แนวทาง การดำเนินงานมีเนื้อหาที่ชัดเจน กระชับ เข้าใจง่าย ผู้ที่ปฏิบัติใช้เวลาน้อย องค์กรในชุมชนมีความยินดีที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยและที่เลี้ยงให้ความสนใจและมีส่วนร่วมเสนอแนะในการรักษาและดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ ทำให้มั่นใจว่าจะติดตามการรักษาครบกำหนด องค์กรในชุมชนยินดีที่จะร่วมให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ประชาชนทั่วไป

3. การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน
สภาพการณ์ดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า ขาดการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคล่าช้า ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่องด้านผู้ป่วยพบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาจากผลข้างเคียงของยา ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ไม่มีที่เลี้ยงในการกำกับการรับประทานยา มีผู้ป่วยวัณโรคจากการจัดเวทีเสวนาผู้ร่วมวิจัยได้เสนอแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS ปรับปรุงและจัดจำหน่ายสมุดประจำตัวผู้ป่วย วัณโรคและจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ประชุมพิจารณาปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS และแนวทางการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS และแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคและการติดตามผล จากการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS ไปใช้พบว่ามีการพิจารณาเลือกที่เลี้ยงร่วมกับผู้ป่วย แต่ไม่ครอบคลุมทุกรายเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารับยาเองจึงเน้นให้ความรู้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติตามเยี่ยมบ้านเจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคได้นำบัตรประวัติการรักษาวัณโรคกลับมาใช้กับผู้ป่วยทุกรายแต่การบันทึกรายละเอียดยังไม่ครบถ้วน มีการอธิบายให้ผู้ป่วย ที่เลี้ยงเข้าใจบทบาทมากขึ้น ให้คำแนะนำเน้นการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยต่อหน้าพี่เลี้ยงและบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย การนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS และแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคไปใช้พบว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วนและมาติดตามการรักษาตามนัด ผู้ป่วยและที่เลี้ยงมีความพึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านและมีความเข้าใจในการรักษาวัณโรคที่ดีขึ้น มั่นใจที่จะติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

1. การประสานงานส่งต่อข้อมูล จากการศึกษาสภาพการณ์การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า ขาดการประสานงานส่งต่อและส่งกลับของข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรค ระหว่างคลินิกวัณโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมถึงองค์กรในชุมชน ซึ่งจากการจัดเวทีเสวนาระดมสมอง ผู้ร่วมเสวนาได้จัดทำแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลและแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องใช้ปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ประสานงานวัณโรคของอำเภอ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นปัจจุบัน ส่งให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และได้มีการจัดประชุมพิจารณาปรับแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูล จากการนำแนวทางการประสานงานส่งต่อข้อมูลไปใช้พบว่า มีการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคและปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ระหว่างคลินิกวัณโรคกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกเดือน มีช่องทางการประสานส่งต่อข้อมูลที่สะดวกขึ้น ผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องการประสานส่งต่อข้อมูลกับหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรค กลยุทธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนของหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการเชื่อมโยงกับ

การจัดระบบการส่งต่อและระบบการส่งกลับที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้ข้อมูลจากระบบการติดตามเพื่อช่วยประเมินปัญหาและสามารถประสานการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตั้งต้น สนับสนุนการดูแลในหน่วยบริการและวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำเร็จ แหียงกระโทกและ รุจิรา มังคละศิริ (2545) กล่าวว่า การให้บริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการด่านแรกของระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนเลือกใช้ มีความใกล้ชิด รู้จัก สภาพวิถีชีวิตและบริบทของสังคมของประชาชนในชุมชน บริการจะต้องเน้นมิติคุณภาพ ดังนั้นการบริการปฐมภูมิจะต้องมีรูปแบบการสื่อสาร การประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการและส่งต่อ ส่งผลให้ผู้รับบริการไปรับบริการยังหน่วยงานอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ที่ดีของสถานบริการแต่ละระดับในการส่งผู้ป่วย และข้อมูลข่าวสารทั้งไปและกลับ ที่เป็นการรับประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านสังคม และเทคโนโลยี จากการศึกษาของพันธ์ชัย รัตนสุวรรณ(2554) พบว่า ยังมีผู้ป่วยวัณโรคบางส่วนที่ไม่ได้ติดต่อรับการรักษา ขณะที่การส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น จะไม่ค่อยได้รับการตอบกลับ

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของชุมชน

จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย พี่เลี้ยงและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ทำให้ได้รับทราบและเห็นความสำคัญของปัญหาในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคร่วมกันว่า องค์กรในชุมชน ยังไม่ได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยวัณโรคและในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แม้เคยมีนโยบายการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคแต่ไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากไม่ตระหนักและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อวัณโรคของเจ้าหน้าที่ที่ผู้ปฏิบัติ ขาดการบูรณาการในการทำงานของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ และขาดการบูรณาการร่วมกับชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและระดับผู้บริหารให้การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานไม่สม่ำเสมอในกระบวนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ทำให้เห็นกระบวนการเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา เริ่มจากวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน ตัดสินใจทำแนวทางการแก้ปัญหา โดยใช้เวทีเสวนาเป็นเวที แห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคและประชุมร่วมกันเพื่อปรับแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และมีความชัดเจนยิ่งขึ้น มีส่วนร่วมในการนำแนวทางการดำเนินงานไปใช้ ในส่วนของการประสานงานส่งต่อข้อมูล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ร่วมวิจัย ได้เสนอว่าการที่จะให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้ความรู้ ดังนั้นจึงเสนอ แผนพัฒนาบุคลากรผู้ดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยวัณโรค ในปีงบประมาณ 2564 โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ ตำบลและองค์กรในชุมชน ร่วมจัดทำแนวทางค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอด พัฒนาและจัดทำแบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงและร่วมจัดทำแนวทางการให้สุศึกษาเกี่ยวกับวัณโรค นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้ให้ความรู้ แนะนำแก่ผู้ป่วยและพี่เลี้ยง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงได้ซักถาม ผลจากการนำแนวทางให้สุศึกษาเกี่ยวกับวัณโรคไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยและพี่เลี้ยงให้ความสนใจและมีส่วนร่วมเสนอแนะในการรักษาและดูแลตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ มั่นใจว่าจะติดตามการรักษาครบตามกำหนด ในส่วนการให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ประชาชนทั่วไปในชุมชน โดยองค์กรในชุมชนนั้น แม้ยังไม่ได้ดำเนินการ แต่องค์กรในชุมชนยินดีที่จะร่วมให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้เข้าใจและเกิดการตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างทั่วถึงต่อเนื่องและครอบคลุมในชุมชน ทำให้เห็นถึงความตั้งใจและศักยภาพขององค์กรในชุมชนที่มีความพร้อมในการร่วมดำเนินงานควบคุมวัณโรค

การดำเนินงานมีแนวทางเป็นรูปธรรมและระบบมากขึ้นสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกัน ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมวัณโรคของอำเภอมีประสิทธิภาพมากขึ้น จากกระบวนการที่ทำให้มองเห็นวิธีการแก้ปัญหาโดยพัฒนาศักยภาพของคนที่เห็น กระบวนการเรียนรู้จากการกระทำ การใช้ประสบการณ์ตรงที่ได้ร่วมกันแก้ปัญหา จะทำให้คนเข้าใจสถานการณ์ของปัญหา ได้ฝึกคิดวิเคราะห์ ใช้ความรู้ความสามารถของคนในการแก้ปัญหาด้วยกัน ได้เรียนรู้และพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหา (นิตย ทัศนัยม,2555) ดังการศึกษาของวิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2553) ที่พบว่า การให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและความต้องการ การวางแผนปฏิบัติ และประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดต่อการเจ็บป่วย มีความรู้และความเข้าใจสภาพปัญหาการเจ็บป่วยมากขึ้นและให้ความเอาใจใส่การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เกิดเครือข่ายการส่งเสริมการดูแลตนเองในชุมชน

3. การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชน จากการเสวนาระดมสมอง พบว่า ขาดการประสานงานส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคล่าช้า ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ด้านผู้ป่วย พบปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาจากผลข้างเคียงของยา ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและขาดการติดตาม การรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ไม่มีที่เลี้ยงในการกักกัน การรับประทานยามีผู้ป่วยวัณโรค การจัดเวทีเสวนาผู้ร่วมวิจัย ทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS ปรับปรุงและจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค และจัดทำ แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค ประชุมพิจารณาปรับ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS และ แนวทางการเยี่ยมบ้านให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

จากการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค ตามระบบ DOTS ไปใช้พบว่า มีการพิจารณาเลือกที่เลี้ยง ร่วมกับผู้ป่วย แต่ไม่ครอบคลุมทุกรายเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วย มารับยาเองจึงเน้นให้ความรู้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติติดตาม เยี่ยมที่บ้าน เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคได้นำบัตรประวัติการรักษา วัณโรคกลับมาใช้กับผู้ป่วยทุกรายแต่การบันทึกรายละเอียด ยังไม่ครบถ้วน มีการอธิบายให้ผู้ป่วย ที่เลี้ยงเข้าใจบทบาท มากขึ้น ให้คำแนะนำเน้นการกักกันการรับประทานยาของผู้ป่วย ต่อหน้าพี่เลี้ยงและบันทึกในสมุดประจำตัวผู้ป่วย

จากการประเมินผลการนำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย วัณโรคตามระบบ DOTS และแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วัณโรคไปใช้พบว่า ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง ครบถ้วนและมาติดตามการรักษาตามนัด ผู้ป่วยและพี่เลี้ยง มีความพึงพอใจที่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้านและมีเข้าใจในการ รักษาวัณโรคที่ดีขึ้น มั่นใจที่จะติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การติดตามดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS พบว่า ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยมีญาติเป็นที่เลี้ยงและ การกักกันโดยเจ้าหน้าที่ ส่วนแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย พบว่า ในการใช้แนวทางผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่ในคลินิกวัณโรคจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน อยู่ในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลต่อเนื่องไม่เพียงเป็นการดูแล ติดตามผู้ป่วยเป็นเวลาเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงการจัดระบบ การให้บริการที่เหมาะสม เป็นองค์กรรมโดยยึดผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย (Bedworth, A.E., & Bedworth, D.A. 2012) และ อุษาวดี อัครวิเศษ (2558) กล่าวว่า การดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในแต่ละหน่วย

บริการสุขภาพที่เชื่อมโยงบริการระหว่างสถานบริการกับบ้าน หรือชุมชน การให้บริการสุขภาพต่อเนื่องไปตลอดทุกระยะของ โรคโดยไม่ขาดตอนนั้น ถือได้ว่าเป็นบริการที่สมบูรณ์แบบ และ เป้าหมายหลักของระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย สอดคล้องกับ บุญช่วย เกษฐาน (2557) ที่ศึกษาการจัดบริการดูแล ต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รพ.สมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีความเข้าใจ และปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ปอดอย่างต่อเนื่องด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค แนะนำสาริตการ ฝึกการหายใจแบบเป่าปาก การไอเพื่อขับเสมหะ การใช้ยาและ การออกกำลังกาย การติดตามดูแลดังกล่าวเป็นการเชื่อมโยง การดูแลเพื่อให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง จากหน่วยบริการสุขภาพลงสู่การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ที่บ้าน การเชื่อมโยงดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติ กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้ต่อเนื่องและมีความ พึงพอใจในการดูแลของบุคลากรผู้ให้บริการ

สรุป

แนวทางการดูแล และควบคุมวัณโรคในชุมชน ที่ได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) แนวทางการประสานงาน ส่งต่อข้อมูล 2) แนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค สำหรับ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและอาสาสมัครสาธารณสุข ค้นหาผู้ป่วย วัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง 3) แนวทางการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับวัณโรคได้เน้นเรื่องที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยและพี่เลี้ยง เกิดความตระหนักและติดตามการรักษาครบกำหนด 4) แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามระบบ DOTS พบว่า มีการเลือกพี่เลี้ยงร่วมกับผู้ป่วย 5) แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย วัณโรค

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธรที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัย เรื่องนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา ที่ให้ความ ร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค.(2558).การดำเนินงานควบคุมวัณโรค แห่งชาติกรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2562). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลสำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข.(2556).แนวทางการดำเนินงานระดับชาติ: ยุทธศาสตร์การผสมผสานการดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์ เพื่อการควบคุมและป้องกันวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข.(2561).แนวทางปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุขในการควบคุมวัณโรค ตามแนวทางใหม่ของประเทศไทย และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับเขตและจังหวัด. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

นิตย์ ทศนิยม.(2555).เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลชุมชน 2, การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ: แนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุญช่วย เกษฐาน. (2557).การจัดบริการดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อจังหวัดหนองคาย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2554).รูปแบบของศูนย์วัณโรคเขต 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2552-2553.

สงขลานครินทร์เวชสาร, 20(2), 69-71. โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2561).รายงานประจำปี. ฉะเชิงเทรา: งานควบคุมและป้องกันวัณโรค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.(2561).สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ปี 2561 . สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา.

สำเริง แหยมกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. (2545).ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์.

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2553).รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุษาวดี อัครวิเศษ .(2558).สาระหลักทางการพยาบาล ศัลยศาสตร์.กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bedworth, A.E., & Bedworth, D.A. (2012). Health for human effectiveness. New Jersey: Prentice Hall.

World Health Organization. (2005).Global tuberculosis control: surveillance, planning ,financing. Geneva: The Organization.

ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา
READINESS OF HEALTH OFFICERS TO BE UNDER LOCAL
GOVERNMENT ORGANIZATION
IN SANAMCHAI KHET DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE

1. สมศักดิ์ รักษาทรัพย์

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต

Bachelor of Public Health (Public Health)

Sanam Chai Ket District Public Health Office

2. กานต์นะรัตน์ จารามร

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (วิจัย วัดผลและสถิติการศึกษา)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

Karnnarut Jaramorn

Doctor of Philosophy (Ph.D.) (Education Research, Measurement and Statistics)

Chachoengsao Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความพร้อมในด้านความรู้ ด้านทัศนคติและด้านขวัญกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุข ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา และเพื่อจัดทำข้อเสนอการสร้างความพร้อมของบุคลากรรองรับการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่ระยะ ที่ 1 ศึกษาความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา และระยะที่ 2 ศึกษาข้อเสนอการสร้างความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น รวม 64 คน ระยะที่ 2 ได้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสนามชัยเขต จังหวัด

ฉะเชิงเทรา รวม 10 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ความพร้อมด้านความรู้ความเข้าใจในพระราชบัญญัติกำหนดแผนขึ้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ความพร้อมด้านทัศนคติ และด้านขวัญกำลังใจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมได้แก่ ปัจจัยด้านงบประมาณ ปัจจัยด้านบุคลากร ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์และปัจจัยด้านการบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความพร้อมด้านทัศนคติและด้านขวัญกำลังใจของบุคลากรในการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจในพระราชบัญญัติกำหนดแผนขึ้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 และข้อเสนอการสร้างความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อป้องกันผลกระทบของบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ 1) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.กำหนด

แผนขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 2) แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะกรรมการเพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการถ่ายโอน 3) กำหนดหลักเกณฑ์ การจัดสรรเงินอุดหนุนการจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน และปรับปรุงแก้ไขระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการ 4) จัดทำแนวทางการบริหารจัดการฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน และ 5) กำหนดแนวทางการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้ผลการศึกษานำมาใช้ในการพิจารณาวางแผนการบริหารจัดการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ความพร้อม, การสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามกฎหมาย ที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกลไกและขั้นตอนการกระจายหน้าที่และอำนาจ อย่างไรก็ตามพบว่า การถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่ประสบความสำเร็จตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 โดยพบว่าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนสถานีนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี) จำนวน 27 แห่งในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 19 แห่งในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 4 แห่งในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 1 แห่งในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 6 แห่งในปี พ.ศ. 2562 และจำนวน 8 แห่งในปี พ.ศ. 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวนสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,787 แห่งทั่วประเทศ⁽¹⁾ ซึ่งในส่วนที่ถ่ายโอนภารกิจไปแล้ว มีทั้งที่ประสบผลสำเร็จสามารถดำเนินการได้ และมีบางส่วนที่มีข้อจำกัดโดยเฉพาะการประสานงานระหว่างพื้นที่ การสนับสนุนวิชาการ บุคลากรท้องถิ่นที่ขาดองค์ความรู้ด้านการบริหารการแพทย์และสาธารณสุข จนประมาณที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อีกทั้งการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีขนาดเล็กไม่สามารถรองรับภารกิจด้านการสาธารณสุขที่ถ่ายโอนลงไปได้เต็มที่ จากการดำเนินงานตามนโยบายการถ่ายโอนที่ผ่านมา โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่งยังไม่สามารถถ่ายโอนได้ เนื่องจากไม่มีความพร้อม ไม่มีความชัดเจนในวิธีการปฏิบัติในการถ่ายโอนและรวมทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีความมั่นใจในการถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จังหวัดฉะเชิงเทราแบ่งการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ 93 ตำบล 892 หมู่บ้าน 1 เทศบาลเมือง 33 เทศบาลตำบล 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด และ 74 องค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอสนามชัยเขต เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา ต้องทำการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิลงสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่เทศบาลตำบล 1 แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบล 4 แห่ง มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 15 แห่ง มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 88 คน ซึ่งได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในระบบบริหารราชการดังกล่าวด้วยเช่นเดียวกัน เนื่องจากหากบุคลากรไม่มีความพร้อมในการรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจก่อให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียดต่อการถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดงานบ้อยและมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของ การปฏิบัติงาน การศึกษาความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อศึกษาระดับความพร้อมในด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านทัศนคติและ ด้านขวัญกำลังใจของบุคลากรสาธารณสุขศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งจัดทำข้อเสนอการสร้างความพร้อมของบุคลากรรองรับการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อวางแผนการส่งเสริมสนับสนุนบุคลากรให้มีความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติ และขวัญกำลังใจที่ดีต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลดความวิตกกังวล ลดความเครียดในการทำงานที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ ในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกัน และการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่องความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการศึกษเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน

ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mix method) แบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ทุกตำแหน่ง ทุกประเภท การจ้างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) รวม 64 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถามความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics Analysis)

ระยะที่ 2 ศึกษาข้อเสนอการสร้างความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขรองรับการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการสุ่มแบบ

เจาะจง (purposive sampling) และสมัครใจ รวม 10 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ระดับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทราในภาพรวมพบว่า มีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.30$, $S.D. = 0.59$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจในพระราชบัญญัติกำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ร้อยละ 65.6 อยู่ในระดับปานกลาง ($(\bar{X}) = 6.77$) รองลงมาได้แก่ ระดับมาก (ร้อยละ 28.1) และระดับต่ำ (ร้อยละ 6.3) ดังตารางที่ 1 สำหรับระดับความพร้อมด้านทัศนคติและด้านขวัญกำลังใจ พบว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ ความเข้าใจในพระราชบัญญัติกำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

ระดับคะแนน (แปลผล)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
0-4 คะแนน (ระดับต่ำ)	4	6.3
5-7 คะแนน (ระดับปานกลาง)	42	65.6
8-10 คะแนน (ระดับมาก)	18	28.1
ระดับคะแนนเฉลี่ย 6.77 (ระดับปานกลาง)		

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขที่มีต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จำแนกรายด้าน

ด้าน	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($S.D$)	แปลผล
ด้านทัศนคติ	3.29	0.55	ปานกลาง
ด้านขวัญกำลังใจ	3.31	0.64	ปานกลาง
รวม	3.30	0.59	ปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าปัจจัยด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านบริหารจัดการ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความพร้อมของบุคลากรด้านทัศนคติและด้านขวัญกำลังใจ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจในพระราชบัญญัติกำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขต่อการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุข		
	ด้านความรู้ความเข้าใจในพ.ร.บ.๓	ด้านทัศนคติ	ด้านขวัญกำลังใจ
ด้านงบประมาณ	.052	.685**	.698**
ด้านบุคลากร	-.184	.707**	.766**
ด้านวัสดุและอุปกรณ์	-.077	.625**	.699**
ด้านการบริหารจัดการ	-.105	.740**	.758**

** มีนัยสำคัญที่ระดับ .01 * มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. ข้อเสนอการสร้างความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขรองรับการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ 1) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 2) แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการเพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการถ่ายโอน 3) กำหนดหลักเกณฑ์ การจัดสรรเงินอุดหนุน การจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ชัดเจน และปรับปรุงแก้ไขระเบียบว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการ 4) จัดทำแนวทางการบริหารจัดการฐานข้อมูล ด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน และ 5) กำหนดแนวทางการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขด้านความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ พบว่าบุคลากรมีความรู้และความเข้าใจระยะเวลาการบังคับใช้ระดับมาก แต่ยังต้องเพิ่มความรู้ความเข้าใจในเรื่องอำนาจหน้าที่ตามพ.ร.บ.๓ และภารกิจการจัดบริการสาธารณะ ทั้งนี้เนื่องจากการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกฎหมายที่ต้องปฏิบัติ จึงรับรู้รับทราบในด้านระยะเวลาการดำเนินการถ่ายโอน สำหรับขอบเขตอำนาจหน้าที่การจัดบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอน การกระจายอำนาจมีรายละเอียดค่อนข้างมาก ภารกิจและบทบาทหน้าที่ที่ซ้อนทับกับการบริหารราชการ ส่วนภูมิภาคจึงอาจทำให้ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเพียงพอ สอดคล้องกับแนวคิดของสกินเนอร์⁽²⁾ ที่ว่าบุคคลที่มีความพร้อมจะสามารถทำงานได้อย่างราบรื่นและการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้

ความเข้าใจเป็นเรื่องสำคัญที่สุดสำหรับบุคลากร และสำหรับความพร้อมของบุคลากรในด้านทัศนคติ เชื่อว่าการเมืองมีอิทธิพลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานมากที่สุด แต่จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ สำหรับด้านขวัญกำลังใจ เชื่อว่าการสังกัด อบต. จะได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุครุภัณฑ์ ยานพาหนะ ฯลฯ อย่างเพียงพอ และการจัดทำโครงการ การจัดซื้อจัดจ้าง การเบิกจ่ายจะสะดวกรวดเร็วมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องอาศัยการสนับสนุนของประชาชนเป็นหลัก จึงเชื่อว่าการเมืองย่อมมีอิทธิพลต่อการประเมินผลการปฏิบัติงาน อีกทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้ มีความคล่องตัวในการบริหารจัดการงบประมาณ ประกอบกับการให้บริการด้านสาธารณสุขเป็นการดูแลประชาชนโดยตรง จึงเชื่อว่าจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอในทุกๆด้าน และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพร้อมในการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าปัจจัยด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร ด้านวัสดุอุปกรณ์และด้านการบริหารจัดการมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความพร้อมด้านทัศนคติและด้านขวัญกำลังใจ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่ส่วนราชการต่างๆ ถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำกัดอยู่เฉพาะบางกิจกรรมที่เน้นไปในด้านวัสดุอุปกรณ์และงบประมาณที่เกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต สำหรับข้อเสนอการสร้างความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขในการสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ 1) เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพ.ร.บ.กำหนดแผนขั้นตอนการกระจายอำนาจ 2) แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการเพื่อเป็นกลไกการบริหารจัดการ 3) กำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินอุดหนุน

4) จัดทำแนวทางการบริหารจัดการฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน และ 5) กำหนดแนวทางการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาความพร้อมในการรับถ่ายโอนการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพังงา⁽³⁾ ที่พบว่าความพร้อมในการรับถ่ายโอนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีความพร้อมสูงสุดคือด้านงบประมาณ และด้านที่มีความพร้อมต่ำสุดคือ ด้านบุคลากร การแก้ปัญหาเพื่อพัฒนาความพร้อมคือ 1) ด้านการให้ความรู้แก่ผู้บริหารและบุคลากร 2) ด้านการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน 3) ด้านการจัดกิจกรรมระหว่าง ชุมชน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 4) ด้านการติดตามประเมินผล ควรติดตามเพื่อพัฒนาความพร้อมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การศึกษาปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่⁽⁴⁾ พบว่าแนวทางแก้ปัญหการถ่ายโอนได้แก่ กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น ควรลดข้อจำกัดด้านงบประมาณและให้การสนับสนุนรายได้แก่ 1) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน การจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ เฟอร์นิเจอร์และค่าใช้จ่ายในการบริหารงานบุคคลด้านสาธารณสุข 2) กระทรวงสาธารณสุขควรชี้แจงให้ รพ.สต.ทราบว่า อปท. ที่ผ่านการประเมินความพร้อม มีความชัดเจนในการกำหนดตำแหน่งหน้าที่ สายการบังคับบัญชาและอัตรากำลัง รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพออย่างเป็นรูปธรรม 3) คณะกรรมการกระจายอำนาจควรให้ความสำคัญผลักดันและสนับสนุนอย่างจริงจัง และ 4) อปท.ควรกำหนดนโยบายในการรับโอนที่มีความชัดเจนในเรื่องแผนการดำเนินการ การจัดสรรอัตรากำลัง การกำหนดตำแหน่งหน้าที่ สายการบังคับบัญชา และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด⁽⁵⁾ ที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ดได้แก่ ปัจจัยด้านนโยบาย ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ด้านการบริหารงานบุคคลและและด้านงบประมาณ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการขยายผลพื้นที่ศึกษาเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาผลของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขและการบริหารจัดการ
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนและในพื้นที่ที่ไม่มีการถ่ายโอน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านในอำเภอสนมชัยเขต ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- 1 สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. (2564). แนวทางการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามย์เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด. สำนักงานปลัด.
2. Skinner, B.F. (1968). Science and Human behavior. New York : Macmillan
3. รัตนา กุ่ยเสียม. (2556). ความพร้อมในการรับถ่ายโอนการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดพังงา. ปรินญาธิรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขารัฐประศาสนศาสตร์. มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
4. สมยศ แสงมะโน. (2557). ปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จากกระทรวงสาธารณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่. ปรินญาธิรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานโยบายสาธารณะ. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
5. นภัสกรณ์ เชิงสะอาด. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด. ปรินญาธิรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน
จังหวัดฉะเชิงเทรา

“EVALUATION OF PROVIDING CARE SERVICES FOR CORONAVIRUS DISEASE 2019
ELDERLY PATIENTS DURING HOME ISOLATION, CHACHOENGSAO PROVINCE”

บุษกร รำไพยะกุล
สาขารณสุขศาสตรบัณฑิต
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางปะกง
Ms. Busakorn Rampaiyakul
Bachelor of Public Health
Bangpakong District Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา และจัดทำข้อเสนอแนะทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงประเมิน (evaluation research) โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิปปโมเดล (CIPP model) กลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลชุมชนและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ผู้ป่วยสูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยกลุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา (สำหรับเจ้าหน้าที่) และการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้สูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการประเมินการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาปัจจัยทั้ง 4 ด้านพบว่าด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต มีการปฏิบัติในระดับมากทุกด้าน และข้อเสนอแนะทาง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ 1) ควรถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติการ

ผู้ป่วยที่ชัดเจน รวดเร็วและเป็นลายลักษณ์อักษร 2) จัดสรรบุคลากรให้สอดคล้องเหมาะสมกับภาระงานและขนาดความรุนแรงของการระบาดของโรค 3) ควรสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ รวดเร็วและทันเวลา 4) ลดขั้นตอนการปฏิบัติโดยใช้เทคโนโลยีในการดำเนินการทดแทน 5) มีการวิเคราะห์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเก็บข้อมูลระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6) พัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อลดปัญหาการจากการทำงาน 7) จัดระบบช่องทางการส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วและลดการรอคอยกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และ 8) จัดระบบติดตามประเมินผลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาวินิจฉัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาระบบการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งสามารถวางแผนการป้องกันการโรคติดต่ออื่นๆ สำหรับสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป
คำสำคัญ : การจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ, การดูแลแบบแยกกักตัวที่บ้าน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ที่ขยายเป็นวงกว้างเป็น สิ่งท้าทายสำหรับทุกคนและทุกภาคส่วนที่ต้องร่วมมือในการควบคุมและกำจัดโรคติดเชื้อ การเตรียมความพร้อมของสถานบริการสุขภาพและการดูแลรักษาเพื่อรองรับผู้ป่วยเพื่อให้ทันต่อผู้ติดเชื้อที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน กระทรวง

สาธารณสุขโดยกรมการแพทย์ได้พัฒนารูปแบบการขยายเตียงรองรับ ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและ/หรือที่มีอาการเล็กน้อย ให้ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) และโรงพยาบาลสนาม รวมถึงการจัดตั้งหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ส่วนต่อขยายเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเป็นต้นแบบสำหรับการดำเนินการของสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อม อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ติดเชื้อยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเตียงในสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งนี้พบว่าอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง จึงอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นๆ แล้วไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่ที่รัฐจัดให้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่จะค่อยๆ ดีขึ้นจนหายได้เอง อย่างไรก็ตามในช่วงปลายสัปดาห์แรก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว รวมทั้งผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ดังนั้นผู้ป่วยโควิด 19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการตนเองหรือผู้ดูแลควรสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด แต่การแยกตัวเองจากผู้อื่นขณะอยู่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วันนับตั้งแต่วันตรวจพบการติดเชื้อ จึงมีความเสี่ยงต่อการที่อาจรุนแรงมากขึ้นจนส่งผลให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และเพื่อให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพป้องกันอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจนถึงเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องมีการจัดระบบการบริการสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่มีความพร้อมมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง

จังหวัดฉะเชิงเทราพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกในเดือนมีนาคม 2563 และจำนวนผู้ติดเชื้อระลอกมกราคม 2565 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 - 17 พฤษภาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อโควิด จำนวน 40,022 ราย (อันดับที่ 14 ของประเทศ) กำลังรักษา 1,961 ราย รักษาหาย 37,985 ราย และเสียชีวิต 76 ราย โดยอำเภอที่พบผู้ติดเชื้อโควิดสะสมสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา (8,045 ราย) รองลงมาได้แก่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว (7,240 ราย) อำเภอนวมสารคาม (6,018 ราย) อำเภอบางปะกง (3,718 ราย) อำเภอแปลงยาว (2,787 ราย) และอำเภอที่พบผู้ติดเชื้อโควิดน้อยที่สุดได้แก่อำเภอท่าตะเียบ (730 ราย) ⁽¹⁾

การประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัด

ฉะเชิงเทรา เพื่อศึกษาผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุของหน่วยบริการ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาที่ได้สามารถนำไปกำหนดแนวทางและวางแผนพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเรื่องประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบการศึกษาคือการวิจัยเชิงประเมิน (evaluation research) โดยใช้รูปแบบการประเมินแบบชิปปี้โมเดล (CIPP model) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mix method) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ป่วยสูงอายุหรือญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) รวม 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ การสำรวจจากแบบประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากแบบสัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทราที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics Analysis) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. ผลประเมินการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 1 และเมื่อพิจารณาปัจจัยทั้ง 4 ด้านพบว่า ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิตมีการปฏิบัติในระดับมากในทุกด้าน ดังตารางที่ 2-8

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา จำแนกรายด้าน

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
ด้านสภาพแวดล้อม	4.00	0.83	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.51	0.86	มาก
ด้านกระบวนการ	3.45	1.00	มาก
ด้านผลผลิต	3.45	1.02	มาก
รวม	3.55	0.86	มาก

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

ประเด็น	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
ความสอดคล้องกับนโยบายฯ	4.35	0.49	มากที่สุด
ความสอดคล้องกับสภาพปัญหา/ และความต้องการ	4.00	0.85	มาก
รวม	4.00	0.83	มาก

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้านปัจจัยนำเข้า

ประเด็น	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
ความเพียงพอ/เหมาะสมของบุคลากร	3.67	0.69	มาก
ความเพียงพอ/เหมาะสมของงบประมาณ	3.21	1.08	ปานกลาง
สิ่งสนับสนุนด้านเทคโนโลยี	3.54	1.03	มาก
ความสามารถของผู้บริหารฯ	3.67	0.92	มาก
รวม	3.51	0.86	มาก

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยการจัดการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้านกระบวนการ

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
การวางแผน/ การกำหนดกิจกรรม	3.61	0.97	มาก
การจัดองค์กร	3.67	1.01	มาก
การจัดบุคลากรรับผิดชอบงาน	3.44	0.98	มาก
การสั่งการ/ การมอบหมายงาน	3.49	1.16	มาก
การควบคุม กำกับ ติดตามผล	3.18	1.24	มาก
รวม	3.45	1.00	มาก

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้านผลผลิต (บุคลากร)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	3.43	1.15	มาก
ความพึงพอใจที่มีต่อการบริหารบริการฯ	3.44	1.03	มาก
รวม	3.45	1.02	มาก

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา (ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยฯ)

ปัจจัย	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับการปฏิบัติ
การแก้ปัญหาของเจ้าหน้าที่/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	4.16	0.83	มาก
การให้บริการ/การดูแลท่านหรือญาติ ในภาพรวม	4.05	0.76	มาก
รวม	4.11	0.80	มาก

2 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ 1) ควรถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติการจัดบริการผู้ป่วยที่ชัดเจน รวดเร็วและเป็นลายลักษณ์อักษร 2) จัดสรรบุคลากรให้สอดคล้องเหมาะสมกับภาระงาน และขนาดความรุนแรงของการระบาดของโรค 3) ควรสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ รวดเร็วและทันเวลา 4) ลดขั้นตอนการปฏิบัติโดยใช้เทคโนโลยีในการดำเนินการทดแทน 5) มีการวิเคราะห์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเก็บข้อมูลสู่ระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6) พัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อลดปัญหาจากการประสานงาน 7) จัดระบบช่องทางการส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วและลดการรอคอยกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และ 8) จัดระบบติดตามประเมินผลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

จากผลประเมินการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบแยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาปัจจัยทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต พบว่ามีการปฏิบัติในระดับมากทุกด้าน รวมทั้งความพึงพอใจที่มีต่อการจัดบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา (ในผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยฯ) มีความ

พึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนของผู้บริหารและกระบวนการที่เป็นระบบ มีการกำหนดทีมที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย มีระบบบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospital⁽²⁾ ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนของผู้บริหาร การทำงานเป็นทีม เช่นเดียวกับ การศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 โรงพยาบาลศิริราช⁽³⁾ พบว่าผู้บริหารมีนโยบายในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ต้องมีแผนในการจัดการป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมและสมรรถนะบุคลากรพยาบาลและการจัดการทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 และการศึกษากรณีของการตอบสนองต่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพต่อการระบาดใหญ่ของ covid 19 การตอบสนองที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลและระบบสุขภาพต่อการระบาดใหญ่⁽⁴⁾ ได้เน้นย้ำถึงการสื่อสารการทำงานร่วมกันและนวัตกรรมที่ต้องดำเนินการรวดเร็วและการได้รับข้อมูลและหลักฐานที่ดีจากทีมผู้ปฏิบัติงานช่วยให้องค์กรด้านการดูแลสุขภาพมีความคล่องตัวและส่งเสริมสามารถเรียนรู้เพื่อรับมือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้พบว่า ปัญหาอุปสรรคการจัดบริการดูแล

ผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบ แยกกักตัวที่บ้าน จังหวัดฉะเชิงเทรา อาทิ การปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฯ ที่มี การเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง การสื่อสารระดับนโยบายผ่านสื่อสังคมสาธารณะโดยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนหรือเป็นลายลักษณ์อักษร การสร้างช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็ว ส่งผลต่อการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่จำนวนบุคลากรเท่าเดิมหรือลดลง เนื่องจากบุคลากรเป็นผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนามมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อการบริการ อาจก่อให้เกิดการร้องเรียนผ่านสื่อสังคมสาธารณะ ส่งผลกระทบต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรเช่นกัน และจากการศึกษาพบว่า ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 8 ประเด็นได้แก่ 1) ควรถ่ายทอดนโยบายหรือแนวทางการปฏิบัติการจัดบริการผู้ป่วยที่ชัดเจน รวดเร็วและเป็นลายลักษณ์อักษร 2) จัดสรรบุคลากรให้สอดคล้องเหมาะสมกับภาระงาน และขนาดความรุนแรงของการระบาดของโรค 3) ควรสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ รวดเร็วและทันเวลา 4) ลดขั้นตอนการปฏิบัติโดยใช้เทคโนโลยีในการดำเนินการทดแทน 5) มีการวิเคราะห์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และคืนข้อมูลสู่ระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 6) พัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อลดปัญหาการจากการประสานงาน 7) จัดระบบช่องทางการส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วและลดการรอคอยกรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน และ 8) จัดระบบติดตามประเมินผลเพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาสำหรับผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการทาง การพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁽⁶⁾ พบว่าพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่การดูแลรักษาพยาบาลในทุกพื้นที่ ต้องแสดงบทบาทของการพยาบาลในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมิน การวางแผน การดูแล การให้ข้อมูลเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวและ การดูแลต่อเนื่อง โดยต้องอาศัยเทคนิคการสื่อสาร ความรวดเร็วและความเชี่ยวชาญ รวมถึงความอดทนในบางครั้งที่มีภาวะตึงเครียด ซึ่งการออกแบบแนวทางการบริการที่ดีจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนและสามารถควบคุมการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างได้ และผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อ การจัดการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดฉะเชิงเทราที่พบว่าอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าสามารถจัดการบริการได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย/ญาติ/ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งยังคงต้องพัฒนาการจัดการบริการ

ให้ทันสมัยและตอบสนองความต้องการของประชาชน พัฒนาศักยภาพของบุคลากรและปรับปรุงพฤติกรรมบริการของบุคลากรทุกระดับให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษากำหนดแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายการทำงานร่วมกันในระบบสุขภาพระดับอำเภอ
2. ควรขยายขอบเขตการศึกษาในผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย รวมทั้งประเมินผลการจัดบริการในด้านอื่นๆ เช่น การบริการทางสังคม การดูแลคุณภาพชีวิต เป็นต้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกภาคส่วนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยสูงอายุ ญาติผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุทุกท่านในพื้นที่ศึกษา ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2565). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/drive/folders/1aTdHUR2fLawr1WNjrP1fdgwf3uyODMmq>
2. รวิพร โจนอาษา และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ Hospitel ในบริบทชายแดนไทย-มาเลเซีย ภายใต้การบริหารจัดการของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสะเดา จ.สงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 14(1) :134-156.
3. นภาพร อภิวิจิตรและคณะ. (2564). การเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19. วารสารเวชบันทึกศิริราช. 14(4): 81-90.
4. Begun, J.W. & Jiang, H.J. (2020). Health care management during Covid-19: Insights from complexity science. NEJM Catalyst Innovation in Care Delivery. 1(5).
5. รุ่งทิพา พิมพ์สัณณะ. (2564). การจัดการทาง การพยาบาลในช่วงวิกฤตการระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาล. 70(3), 64-71.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

พนิดา คีระสุวรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) จำนวน 20-30 ล้านรายทั่วโลก และทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1,000 ราย หรือ 24,000 ราย/วัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี 2561 มีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 ราย/ปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ 45,000 ราย/ปี โดยมีผู้ป่วย sepsis 1 ราย เกิดขึ้นทุกๆ 3 นาที และมีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 5 รายทุก 1 ชั่วโมง และ พบว่าอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดย้อยละ 32.03 นับว่าเป็นความสูญเสียอย่างมาก ปัจจุบันความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ความก้าวหน้าการรักษารอคิดเชื้อคือมียาต้านจุลชีพที่ดีขึ้น เทคโนโลยีด้านการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตดีขึ้น แต่อัตราการตายของผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจาก HDC report รายงานจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิด Community - acquired ของเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต ปี 2562, 2563 และ 2564 เสียชีวิตร้อยละ 32.52, 31.85 และ 34.02 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี 2562, 2563 และ 2564 เสียชีวิตร้อยละ 53.45, 58.51 และ 58.28 ตามลำดับ นับว่าเป็นสถิติของการเสียชีวิตที่สูงมาก

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในประเทศไทย คือประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วย แนวทางเวชปฏิบัติของ Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) แนะนำให้ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่และผู้ป่วย

รายเดิมพิจารณาเลือกใช้ vascular access ชนิด arteriovenous (AV) fistula หรือ AV graft ซึ่งมีอัตราเสียชีวิตและอัตราเจ็บป่วยน้อยกว่าการเลือกใช้สายสวนหลอดเลือดดำ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางกลุ่มก็มีความจำเป็นที่จะต้องฟอกเลือดผ่านสายฟอกเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากไม่สามารถทนต่อการผ่าตัดได้ หรือผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือด พบว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดผ่านสายฟอกเลือดมีอุบัติการณ์การติดเชื้อสูงกว่าผู้ป่วยที่ฟอกเลือดผ่านหลอดเลือด AVF ถึง 5 เท่า และ มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการติดเชื้อในกระแสเลือดตามมา (catheter-related blood stream infection หรือ CRBSI) การติดเชื้อในร่างกายของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่จะมีสาเหตุจากการสัมผัสสิ่งปนเปื้อน โดยเฉพาะระหว่างการอาบน้ำ จากการสัมผัสอากาศที่มีเชื้อโรค อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อ (pyrogen) หรือ endotoxin ในระบบน้ำบริสุทธิ์ที่ใช้ในกระบวนการฟอกเลือดและล้างตัวกรองเลือด เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียรายได้จากการทำงาน บางรายต้องเอาสายสวนหลอดเลือดออก เปลี่ยนสายใหม่ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น และบางรายมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนเสียชีวิต จากข้อมูลของโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี 2562, 2563 และ 2564 รายงานอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดทั้งสิ้นร้อยละ 2.7, 5.0 และ 4.95 ตามลำดับ และในจำนวนนี้เป็นติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านสายฟอกเลือดสูงถึงร้อยละ 20, 29, และ 27 ตามลำดับ

ในฐานะบทบาทของพยาบาลไตเทียมที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการฟอกเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การสังเกต ประเมินอาการผิดปกติ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยใช้แนวคิดจากกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลช่วยในการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิกในการ

แก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลบรรลุวัตถุประสงค์ ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

โรคไตเรื้อรัง

คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง (Definition of CKD)

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) หมายถึง ภาวะที่ไตเสื่อมหน้าที่ลงอย่างช้าๆ หรือมีสัญญาณของการทำลายเนื้อไตที่ค่อยเป็นค่อยไปในระยะเวลานานกว่า 3 เดือนขึ้นไป แบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับการทำงานของไตที่เหลืออยู่ โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 6 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. หรือผู้ที่มี glomerular filtration rate (GFR) ต่ำกว่า 15 มล./นาที่/1.73 ตร.ม. ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดโดยตรงจากโรคไตซึ่งไม่ตอบสนองต่อการบริหารยาหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายรุนแรงต่อผู้ป่วย

สาเหตุ

1. โรคเบาหวาน
2. โรคความดันโลหิตสูง
3. โรคไตอักเสบ เช่น IgA Nephropathy, Lupus nephritis, FSGS เป็นต้น
4. โรคทางพันธุกรรม เช่น โรคถุงน้ำที่ไต (Polycystic kidney disease)
5. โรคไตขาดเลือดจากเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตตีบ ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. โรคนิ้วในทางเดินปัสสาวะ มีการอุดตันทางเดินปัสสาวะ หรือมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะซ้ำๆ
7. รับประทานแก้ปวดกลุ่ม NSAID เป็นระยะเวลานาน

อาการและอาการแสดง

เมื่อการทำงานของไตลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 15 จะมีอาการระบบอื่นตามมาเช่น คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้จนมีสภาวะขาดสารอาหาร ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ สะอึก บวม หอบเหนื่อย อาจมีอาการหอบจากการคั่งของกรดยาในร่างกาย ถ้ามีอาการมากและไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะซึมลงและชักได้

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาที่เป็น และโรคร่วมที่มีอยู่ ประกอบด้วย

1. การรักษาเพื่อชะลอไตเสื่อม
 - 1.1 โดยการควบคุมอาการของโรคประจำตัว และควบคุมอาหาร
 - 1.2 การรักษาด้วยยา
 - 1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และหลีกเลี่ยงสารต่างๆ ที่มีผลเสียต่อไต
2. การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy) ได้แก่
 - 2.1 การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
 - 2.2 การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis)
 - 2.3 การปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

ความหมาย

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งของร่างกาย ซึ่งเชื่อกันได้ว่า ได้แก่ จุลชีพต่างๆ เช่น เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา โดยการติดเชื้อที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ หากมีความรุนแรงมากอาจพัฒนาไปสู่ภาวะช็อกและทำให้การทำงานของอวัยวะภายในต่างๆ ล้มเหลวมิอันตรายถึงชีวิต

พยาธิสภาพ

หลังจากมีการติดเชื้อตามอวัยวะต่างๆ แล้ว เชื้อก่อโรคนั้นจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่อยู่เฉพาะอวัยวะนั้นๆ หรือจนกระทั่งแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด การตอบสนองของร่างกายต่อเชื้อก่อโรคมักมีผลให้การดำเนินโรคเข้าสู่ความรุนแรงมากขึ้น จากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย (inflammatory process) และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (coagulation defects) จะกระตุ้นให้ vascular endothelial cells ผลิตและหลั่ง vasoactive mediators ออกมาได้แก่ prostacyclin และ nitric oxide ซึ่ง mediators เหล่านี้จะไปออกฤทธิ์กระตุ้นผนังหลอดเลือดส่วนปลายให้ขยายตัวและเกิดช่องว่างระหว่าง endothelial cells ทำให้เกิดการรั่วของสารน้ำออกไปนอกหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะความดันเลือดต่ำ (hypotension) ในที่สุด ผลที่ตามมาหลังการเกิดภาวะความดันเลือดต่ำก็คือ เนื้อเยื่อต่างๆ ขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง (tissue hypoperfusion) ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติได้ (organ dysfunction) ถ้าหาก sepsis รุนแรงมากขึ้นก็อาจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานผิดปกติ นำไปสู่การเกิด refractory distributive และ cardiogenic shock ได้

สาเหตุ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเกิดจากร่างกายติดเชื้อโรค ซึ่งเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อเพียงชนิดเดียว โดยประมาณ 40% เป็นแบคทีเรียชนิดแกรมลบ (Gram negative bacteria) ประมาณ 30% เป็นแบคทีเรียชนิดแกรมบวก (Gram positive bacteria) ประมาณ 5% เกิดจากแบคทีเรียชนิดก่อภาวะนี้ได้บ่อย (Classic pathogens เช่น *H.influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pyogenes* และ *S.pneumoniae*) ประมาณ 6% เกิดจากเชื้อรา และที่มีสาเหตุเกิดจากเชื้อหลายชนิด พบได้ประมาณ 16%

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ

1. การมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคของเม็ดเลือดขาวบางชนิด (เม็ดเลือดขาวมีหลายชนิด) โรคตับแข็ง โรคภูมิคุ้มกันต้านทานของร่างกายบกพร่องชนิดต่างๆ รวมถึงผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันต้านทานอยู่
2. การทำหัตถการต่างๆที่ต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในร่างกาย หรือการมีสิ่งแปลกปลอมอยู่ในร่างกายเช่น มีลิ้นหัวใจเทียม เป็นต้น
3. การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ในการรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียบางชนิดนานเกินไป หรือให้ยาปฏิชีวนะหลายๆ ชนิดพร้อมกัน หรือให้โดยไม่จำเป็น
4. สาเหตุอื่นๆ เช่น ถูกไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่เกิดแผลเป็นบริเวณกว้างเชื้อโรคก็จะเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นจะมีอาการที่แบ่งได้เป็น 3 อย่าง

1. อาการที่เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อซึ่งเรียกว่า กลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย หรือ systemic inflammatory response syndrome (SIRS) ซึ่งจะมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไปได้แก่

- 1.1 มีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือมีอุณหภูมิของร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส
- 1.2 หัวใจเต้นเร็วกว่า 90 ครั้งต่อนาที
- 1.3 หายใจเร็วกว่า 20 ครั้งต่อนาทีหรือวัดค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้มากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท
- 1.4 การตรวจเลือดพบมีเม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 ตัวต่อมิลลิลิตร หรือน้อยกว่า 4,000 ตัวต่อมิลลิลิตร

2. อาการแสดงที่ผิวหนังซึ่งเกิดจากเชื้อโรคหรือพิษของเชื้อโรคกระจายมาตามกระแสเลือด และเข้าสู่ผิวหนังทำให้เกิด

รอยโรคขึ้นที่ผิวหนังทั่วตัว

3. อาการเฉพาะที่หรือเฉพาะอวัยวะที่ติดเชื้อผู้ป่วยต้องมีอาการที่บ่งว่ากำลังมีการติดเชื้อที่ตำแหน่งใด ตำแหน่งหนึ่ง

การวินิจฉัย

1. อาศัยจากอาการ SIRS ร่วมกับการพิสูจน์ว่าผู้ป่วยกำลังมีการติดเชื้อ ซึ่งจะใช้การตรวจร่างกายร่วมกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาตำแหน่งที่กำลังมีการติดเชื้ออยู่ได้แก่ การเอกซเรย์ปอด การตรวจอัลตราซาวด์หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การเจาะน้ำจากตำแหน่งต่างๆ เช่น น้ำไขสันหลัง เพื่อดูว่ามีการติดเชื้อในสมองหรือในเยื่อหุ้มสมองหรือไม่ หรือการเจาะน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดในกรณีที่น้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดหรือการเจาะน้ำในข้อต่างๆที่มีน้ำและสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อ การตรวจปัสสาวะเพื่อดูว่ามีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะหรือไม่ เป็นต้น

2. การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด อาศัยจากอาการของ SIRS ร่วมกับการพิสูจน์ว่าพบเชื้อโรคอยู่ในกระแสเลือด ซึ่งอาจกระทำโดยการนำเลือดมาเพาะหาเชื้อ หรือ การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อในเลือดด้วยเทคนิคที่เรียกว่า polymerase chain reaction (PCR) หรือในกรณีที่มีเชื้อแบคทีเรียปริมาณมากในเลือด การนำเลือดมาป้ายบนสไลด์/Slide และนำไปดูด้วยกล้องจุลทรรศน์

การรักษา

แนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งออกได้เป็น

1. การให้ยาปฏิชีวนะในระหว่างที่รอการเพาะเชื้อจากอวัยวะที่ติดเชื้อหรือจากกระแสเลือด
2. การกำจัดต้นเหตุที่มีการติดเชื้อและทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
3. การรักษาประคับประคองตามอาการ

การพยาบาล

1. การพยาบาลระยะวิกฤต

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

- 1.1 ประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับ โดยใช้ quick sequential organ failure assessment score (qSOFA score) และ search out severity score (SOS score)

- 1.2 ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หากพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ให้รายงานแพทย์ภายใน 15 นาที และเจาะ lab lactate ทันที

1.3 ติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระดับคะแนนของ SOS score ที่ประเมินได้เมื่อแรกรับ หากผู้ป่วยมีค่าคะแนน SOS score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนนให้ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ ดูแลให้ mean arterial pressure (MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท หาก MAP น้อยกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอทให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด (Vasopressor)

1.4 การส่งเลือดเพาะเชื้อ (Hemoculture) ส่งตรวจภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย

1.5 การบริหารยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาอย่างรวดเร็ว

1.6 การบริหารจัดการสารน้ำเพื่อป้องกันภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆลดลง

2. ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ โดยดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการเหนื่อยหอบ เเขียวหรือซีดตามปลายมือ ปลายเท้า ชีพจร สับสน และค่า arterial oxygen saturation (SpO₂) ทุก 15 นาที

3. ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคปลอดเชื้อในการพยาบาลที่มีมาตรฐาน

4. ติดตามอาการของการติดเชื้อ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5. ประเมินและจดบันทึกจำนวนปัสสาวะของผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต

2. การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสโลหิต ให้การพยาบาล ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย ได้แก่ การรู้สติ สัญญาณชีพ ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด การตรวจ capillary refill และปริมาณปัสสาวะ อาการแสดงของภาวะ shock หรือ pre-shock

2. ประเมินเฝ้าระวังภาวะ acute respiratory distress syndrome

3. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อตรวจพบ MAP น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท หรือ pulse pressure แคบน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว และมีอาการ poor tissue perfusion (capillary refill >2sec) ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตรต่อกลไกต่อชั่วโมงมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้สติหายใจเร็วและตื้นมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที

4. การดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ

ที่เหมาะสมและครอบคลุมกับเชื้อโรคโดยเร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย Sepsis และ Septic Shock

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา และดูแลทางเดินหายใจให้โล่งสะดวกโดยจัดทำที่ทำให้ปอดขยายตัวมากที่สุด และการดูแลเสมหะอย่างถูกต้องทุกครั้ง

6. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ อย่างเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ลดและบรรเทาความวิตกกังวลยอมรับการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษา

3. การพยาบาลระยะจำหน่าย

1. แนะนำผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลให้เข้าใจแนวทางการดูแลและป้องกันสาเหตุของการติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อสายสวนหลอดเลือดสำหรับฟอกเลือด โดยเฉพาะผู้สูงอายุผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

2. ประสานทีมดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน เพื่อร่วมดูแลและวางแผนก่อนจำหน่าย

การพยาบาลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การพยาบาลก่อนการฟอกเลือด

1. การพยาบาลเพื่อประเมินผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

1.1 ประเมินสภาวะของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด รวมทั้งอุณหภูมิร่างกาย และจดบันทึกใน hemodialysis flow chart

1.2 ประเมินสมดุลของน้ำในร่างกาย เช่น อาการบวม ลักษณะการหายใจ Neck vein engorgement ฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง

2. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อสายสวนสำหรับฟอกเลือด

2.1 ประเมินหลอดเลือดที่ใช้ฟอกเลือด ประเมินสภาพผ้าปิดแผล ลักษณะการติดเชื้อหรือเกิดการอักเสบของแผล การเคลื่อนตำแหน่งของ catheter

2.2 สวมผ้าปิดปากปิดจมูก ล้างมือด้วยน้ำสบู่ผสมยาฆ่าเชื้อ เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้

2.3 สวมถุงมือ sterile ทำความสะอาดผิวหนังด้วย 2% chlorhexidine in 70% alcohol เช็ด exit site โดยเช็ดเป็นวงโดยรอบไม่ต่ำกว่า 10 เซนติเมตร รอให้น้ำยาฆ่าเชื้อแห้ง ไม่น้อยกว่า 30 วินาที ปิดด้วย sterile gauze

2.4 ทำความสะอาดสายสวนหลอดเลือดและปลายเปิดของสาย (hub) ที่ละข้างด้วย ด้วย 2% chlorhexidine in 70% alcohol เช็ดจนสะอาดไม่มีคราบเลือดโดยมีระยะเวลา

สัมผัส 5 วินาที รอให้น้ำยาแห้งแล้วนำ syringe มาต่อไม่ให้ ส่วนในท่อและปลายท่อเปิดทิ้งไว้สัมผัสกับอากาศ

2.5 ทุกครั้งที่ใส่สายสวนฟอกเลือดจะต้องเปิดทำแผล ใหม่ทุกครั้ง และต้องตรวจสอบ exit site

2.6 กรณีพบการเลื่อนตำแหน่งของ catheter ห้ามขยับ สายเข้าสู่ตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด และ รายงานแพทย์

2.7 การเลือกน้ำยาฆ่าเชื้อทำความสะอาดปากแผล ควรพิจารณาการแพ้ของผิวหนังผู้ป่วยเฉพาะราย เพราะถ้าผิวหนัง เกิดปฏิกิริยาแพ้จะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้ แนวทางปฏิบัติคือ

1) 2% chlorhexidine in 70% alcohol รอให้น้ำยา แห้ง 30 วินาที

2) ใช้ chlorhexidine aqueous รอให้น้ำยาแห้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยไวต่อน้ำยาข้อ 1

3) ใช้ 70% alcohol รอให้น้ำยาแห้ง 1 นาทีและ 10% povidone-iodine รอให้น้ำยาแห้ง 2-3 นาที

การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างการฟอกเลือด

3. การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อใน กระแสเลือดที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะความดันโลหิต ต่ำขณะฟอกเลือด (Intradialytic hypotension) แก้ไขโดย

3.1 เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะน้ำเกินในการฟอกเลือดควรต่อสายด้านออก จากตัวผู้ป่วย (arterial line) พร้อมกับสายด้านเข้าตัวผู้ป่วย (venous line)

3.2 วัดสัญญาณชีพหลังจากเริ่มการฟอกเลือด ตรวจ ติดตามทุก 15-30 นาที และตามความจำเป็น

3.3 หยุดหรือลดการดื่มน้ำให้น้อยที่สุด

3.4 ให้ผู้ป่วยนอนราบ

3.5 ให้ออกซิเจนเพื่อป้องกันภาวะร่างกายขาดออกซิเจน

3.6 ให้สารน้ำทดแทน เช่น NSS หรือ hypertonic solutions เช่น 50% glucose เป็นต้น

3.7 รายงานแพทย์ในรายที่ความดันโลหิตไม่ดีขึ้น เพื่อให้น้ำยา เช่น ยา vasoconstrictor และปรับแผนการรักษา หรือแพทย์อาจให้หยุดทำการฟอกเลือดเพื่อแก้ไขให้ผู้ป่วย พ้นภาวะวิกฤตไปก่อน

3.8 จัดบันทึกอาการและผลการรักษาอย่างละเอียด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลและ การรักษาของแพทย์ในการฟอกเลือดครั้งต่อไป

3.9 แนะนำผู้ป่วยให้ควบคุมน้ำหนัก ไม่ควรให้น้ำหนัก เพิ่มขึ้น 1 กก.ต่อวัน จำกัดน้ำดื่ม จำกัดอาหารรสเค็ม และ

อาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง

3.10 ใช้น้ำยา dialysate ที่มีอุณหภูมิต่ำ เพื่อเพิ่ม การหดตัวของหลอดเลือด

3.11 การปรับโซเดียมในน้ำยาฟอกเลือดให้สูงกว่า ในเลือด เพื่อเพิ่มระดับ plasma osmolality

3.12 งดยาลดความดันโลหิตสูงก่อนการฟอกเลือด

3.13 งดอาหารขณะฟอกเลือด

3.14 แก้ไขภาวะต่างๆ เช่น ภาวะช็อค ภาวะอัลบูมิน ในเลือดต่ำ ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะการติดเชื้อ ในกระแสเลือด (septicemia) เป็นต้น

3.15 ระวังอย่าให้เกิดการสูญเสียเลือด ในขณะ ทำการฟอกเลือด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือด

4. ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อหลังการ ฟอกเลือด

4.1 วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการและอาการแสดง ของผู้ป่วยหลังจากสิ้นสุดการฟอกเลือด

4.2 ให้อาบน้ำด้วยน้ำอุ่นและเช็ดผิวหนังด้วย heparin และ ใส่กางเกงในของสายสวนหลอดเลือดเมื่อสิ้นสุดการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไต้เทียมแต่ละครั้งร่วมกับการฉีดยาปฏิชีวนะ

4.3 ทำแผลโดยยึดหลัก aseptic technique

4.4 ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อสายสวน สำหรับฟอกเลือด

1. ระวังไม่ให้แผลหรือสายสวนเปียกน้ำ แต่ถ้าเปียกน้ำ ควรไปโรงพยาบาลเพื่อทำแผลใหม่

2. กรณีใส่สายสวนที่ขาหนีบ ไม่ควรพับงอข้อสะโพก เพราะจะทำให้สายงอเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายในสาย และไม่ควร ให้อับชื้น เพราะจะทำให้ติดเชื้อ

3. สำหรับผู้ใส่สายสวนบริเวณคอ ควรหลีกเลี่ยง การบิดพลาสติก หรือสวมเสื้อที่กดทับบริเวณปลายสายสวน เพราะอาจทำให้สายหักพับเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายในสายได้

4. แนะนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ เมื่อมีเหตุการณ์ดังนี้

1) มีเลือดซึมออกจากแผลผ่าตัด หรือจุดที่เป็น ทางออกของสายสวน

2) แขน หรือขาข้างเดียวบวมที่ใส่สายสวนบวม

3) เห็นปลอกหุ้มสายสวน (Dacron cuff) เลื่อน ออกมาจากจุดที่เป็นทางออกของสายสวน

4) สายสวนแตก หัก หรือร่วมกับมีเลือดไหลออกมา และมีไข้ หนาวสั่น

5) ผิวหนังที่บริเวณทางออกของสายสวนถึงบริเวณ

คอ มีอาการบวม แดง หรือกดเจ็บที่แผล

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 86 ปี ผิวสีดําแดง รูปร่างท้วม สถานภาพสมรส คู่

วันที่รับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียมในวันที่ 25 เมษายน 2565, 28 เมษายน 2565, 2 พฤษภาคม 2565, 5 พฤษภาคม 2565, 9 พฤษภาคม 2565, 12 พฤษภาคม 2565, 16 พฤษภาคม 2565 และ 19 พฤษภาคม 2565

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ไข้ ไอ เหนื่อยมาก ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ ไอ ต่อมาผู้ป่วยมีไข้ ไอ เหนื่อยมาก 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ผู้ป่วยเหนื่อยหอบมากขึ้น หายใจเป่าปาก SOS score 4 O₂ sat 88% แพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจ เจาะเลือดส่ง Hemoculture 2 ขวด และให้ Ceftriaxone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำ แล้วส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลพุทธโสธร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวานตั้งแต่ พ.ศ.2550 รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รับประทานยาเสมอ ตรวจพบ CKD ระยะสุดท้าย เริ่มฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและทำผ่าตัดเส้นเลือด AVF แขนข้างขวาที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พ.ศ. 2554 ต่อมา พ.ศ. 2560 ผู้ป่วยย้ายมาฟอกเลือดที่โรงพยาบาลบ้านโพธิ์จนถึงปัจจุบัน และยังคงติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เดือนพฤศจิกายน 2564 AVF fail ไม่สามารถฟอกเลือดได้ แพทย์จึงใส่ permcath ที่ Right Internal jugular vein พบปัญหาผ้าปิดแผลเปิดหลายครั้ง ทุกครั้งญาติจะนำปลาสเตอร์มาปิดผ้าปิดแผลกลับที่เดิม

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 23 เมษายน 2565 WBC =17,210 10³/uL, neutrophils = 93% BUN = 56 mg/dl, Creatinine = 7.41 mg/dl, Phosphorus = 5.2 mg/dl, Lactate = 3.08 ผลเพาะเชื้อในเลือดพบ Staphylococcus aureus จาก peripheral vein และจาก permcath พบ bacteria, sputum c/s no growth, ผล PCR for covid - 19 not detected, sputum c/s (26 เมษายน 2565) no growth

ผลเอกซเรย์ 23 เมษายน 2565 พบ left pleural effusion

การวินิจฉัยของแพทย์ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

23 เมษายน 2565 รับ Refer จากโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ admit ตึกกปร.ล่างเวลา 08.40 น.เพื่อคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าบวม ขาบวม 1+ หายใจเหนื่อย on endotracheal tube (ETT) with bird's respirator อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 128/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที SpO₂ 99 % ผลตรวจ PCR for covid-19 not detected ย้ายผู้ป่วยไปแผนกอายุรกรรมหนัก 5 เวลา 17.45 น. ส่งเลือดเพาะเชื้อในสายสวน หลอดเลือดและ peripheral vein ก่อนให้ antibiotic แพทย์ให้การรักษาโดยให้ Cefazidime 2 กรัมทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง และ 1 กรัมหลังฟอกเลือด กับ Vancomycin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำวันละครั้งทุก 72 ชั่วโมง และ 500 มิลลิกรัม หลังฟอกเลือดที่ ward งดอาหารและน้ำ, ให้ Lasix 120 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ วันต่อมาจึงใส่สายยางทางจมูกให้อาหารเหลว (BD 1:2:1) 200 มิลลิกรัม 4 มื้อ ตามด้วยน้ำ 20 มิลลิกรัมทุกมื้อ ยาอื่นๆ ได้แก่ Losec 40 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง, CaCO₃ (1,250 มิลลิกรัม) 1 เม็ด 3 เวลาพร้อมอาหารและก่อนนอน, ASA (81 มิลลิกรัม) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า, Vit D 3 เม็ด หลังอาหารเช้าสัปดาห์ละครั้ง, Pravastatin 1 เม็ดก่อนนอน, Paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ดเวลาปวดหรือมีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง, mixtard 10 ยูนิตฉีดใต้ผิวหนังก่อนอาหาร 30 นาที เข้า-เย็น, เจาะ DTX ก่อนอาหารเช้า-เย็น keep DTX=100-180 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, set Hemodialysis prescription : 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 4 ชั่วโมง net ultrafiltration (UF) 2.5-3.0 ลิตร blood flow rate (BFR) 250-300 มิลลิกรัม/นาที dialysate flow rate (DFR) 500 มิลลิกรัม/นาที dialysate Na 140 mEq/L K 2 mEq/L Ca 3.5 mEq/L HCO₃ 32 mEq/L no heparin

25 เมษายน 2565 ฟอกเลือดครั้งที่ 1 ผู้ป่วยมีอาการซึม อ่อนเพลีย หน้าบวม ขาบวม 1+ on ETT with bird's respirator อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที BS มีเสียง crepitation both lungs ความดันโลหิต 102/57 มิลลิเมตรปรอท monitor EKG อัตราการเต้นของหัวใจ 79 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส จัดทำนอนสัณฐานสูง ดูแลท่อหลอดลมไม่ให้ดึงรั้ง ดูแลเสมหะให้ได้เสมหะสีขาวขึ้น SpO₂ 99% ตรวจสอบ exit site พบบริเวณแผลมีรอยแดง คลำอุ่น ดูแลแผลด้วยหลัก aseptic technique เริ่มฟอกเลือดโดยต่อ prime NSS ตั้ง UF 2.5 ลิตร/4ชั่วโมง ขณะฟอกเลือด

ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ความดันโลหิต 73/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 128 ครั้ง/นาที แก้ไขโดยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ ลด UF เหลือ 2.0 ลิตร ลดอุณหภูมิเครื่อง เจาะ DTX= 225 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และรายงานแพทย์ ดูแลให้ Levophed 8 มิลลิกรัมใน 5% D/W 250 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา 10 มิลลิตร/ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที หลังจากนั้นผู้ป่วยรู้สึกตัว ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 83/71-184/115 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 83-150 ครั้ง/นาที ต่อมาผู้ป่วยซึมลงอีก ความดันโลหิต 62/49 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 141 ครั้ง/นาที จึงยุติการฟอกเลือดก่อนเวลา 17 นาที ดึงน้ำสุทธิ 1,351 มิลลิตร หลังยุติการฟอกเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ความดันโลหิต 102/57 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 125 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ญาติซักถามถึงอาการและรู้สึกผิดว่าตนเองอาจมีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจึงได้อธิบายถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ

28 เมษายน 2565 ฟอกเลือดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัว อ่อนเพลีย หน้าบวม เหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที on ETT with bird's respirator SpO₂ 100% ฟัง lung clear จัดทำนอนศีรษะสูง ความดันโลหิต 115/67 มิลลิเมตรปรอท monitor EKG อัตราการเต้นของหัวใจ 63 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ตรวจสอบ exit site พบรอยแดงบริเวณแผลลดลง ดูแลทำแผลด้วยหลัก aseptic technique เริ่มฟอกเลือดโดยต่อ prime NSS ตั้ง UF 2.2 ลิตร/4 ชั่วโมง ขณะฟอกเลือดผู้ป่วยมีอาการซึมลง ความดันโลหิต 84/59 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 127 ครั้ง/นาที จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ลดการดึงน้ำเหลือ 1.8 ลิตร ลดอุณหภูมิเครื่อง เจาะ DTX=136 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ 50% glucose 50 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ และ Levophed 8 มิลลิกรัมใน 5%D/W 250 มิลลิตร โดยปรับเพิ่มจากอัตรา 3 มิลลิตร/ชั่วโมง เป็น 10 มิลลิตร/ชั่วโมง ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 94/71-161/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 68-127 ครั้ง/นาที หลังฟอกเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/91 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 130 ครั้ง/นาที ดึงน้ำสุทธิ 1,250 มิลลิตร ผลเพาะเชื้อในเลือดพบ Staphylococcus aureus จาก peripheral vein และจาก permecath พบ bacteria species ดูแล lock antibiotic

สายสวนหลอดเลือดแต่ละข้างด้วย vancomycin 5 มิลลิกรัม/มิลลิตรผสม heparin 5,000 ยูนิต/มิลลิตร

2 พฤษภาคม 2565 ฟอกเลือดครั้งที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หน้าบวม เหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที BS มีเสียง rhonchi both lungs on HFNC 40 ลิตร/นาที FiO₂ 0.4 SpO₂ 96% จัดให้นอนศีรษะสูง ความดันโลหิต 146/68 มิลลิเมตรปรอท monitor EKG อัตราการเต้นของหัวใจ 71 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส พบรอยแดงบริเวณแผลลดลง ดูแลทำแผลด้วยหลัก aseptic technique เริ่มฟอกเลือดโดยต่อ prime NSS ตั้ง UF 2 ลิตร/4 ชั่วโมง ขณะฟอกเลือดผู้ป่วยมีอาการซึมลง ความดันโลหิต 75/51 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 117 ครั้ง/นาที จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ลดและหยุดดึงน้ำเหลือ 1.5 ลิตร ลดอุณหภูมิเครื่อง เจาะ DTX = 153 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ 50 % glucose 50 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ และ Levophed 8 มิลลิกรัมใน 5% D/W 250 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา 10 มิลลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 80/48-145/83 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72-140 ครั้ง/นาที หลังฟอกเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัว ยังมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยลดลงอัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 119 ครั้ง/นาที ดึงน้ำสุทธิ 900 มิลลิตร ดูแล lock antibiotic สายสวนหลอดเลือดแต่ละข้างด้วย vancomycin 5 มิลลิกรัม/มิลลิตรผสม heparin 5,000 ยูนิต/มิลลิตร

5 พฤษภาคม 2565 ฟอกเลือดครั้งที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่บวม เหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ฟัง lung clear on HFNC 50 ลิตร/นาที FiO₂ 0.5 SpO₂ 99 % จัดให้นอนศีรษะสูง ความดันโลหิต 153/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส พบรอยแดงบริเวณแผลลดลง ดูแลทำแผลด้วยหลัก aseptic technique ตั้ง UF 3 ลิตร/ชั่วโมง ขณะฟอกเลือดผู้ป่วยมีอาการซึมลง ความดันโลหิต 73/53 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ลดและหยุดดึงน้ำเหลือ 1.6 ลิตร ลดอุณหภูมิเครื่อง เจาะ DTX = 140 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ 50% Glucose 50 มิลลิตรทางหลอดเลือดดำ ต่อมาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 91/53-95/63 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84-86 ครั้ง/นาที หลังฟอกเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย ความดันโลหิต 103/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ดึงน้ำสุทธิ 1,010 มิลลิตร ดูแล lock antibiotic สายสวนหลอดเลือดแต่ละข้าง

ด้วย vancomycin 5 มิลลิกรัม/ มิลลิลิตรผสม heparin 5,000 ยูนิต/มิลลิลิตร

9 และ 12 พฤษภาคม 2565 ฟอกเลือดครั้งที่ 5 และ 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที่ ขาบวม 1+ BS มีเสียง Rhonchi both lungs on HFNC 50 ลิตร/นาที่ FiO₂ 0.5 SpO₂ 99 % จัดให้ออนสิริระบบสูง ความดันโลหิต 137/61-165/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 55-72 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส แผล exit site ไม่พบรอยแดง ดูแลทำแผลด้วยหลัก aseptic technique ตั้ง UF 2.5 ลิตร/4 ชั่วโมง ขณะฟอกเลือดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/46-153/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58-90 ครั้ง/นาที่ หลังฟอกเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการเหนื่อยทุเลาลง ขาบวม อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 128/64 และ 104/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 และ 88 ครั้ง/นาที่ ดึงน้ำสุทธิตั้ง 2,000 และ 1,950 มิลลิลิตรตามลำดับ ดูแล lock antibiotic สายสวน หลอดเลือดแต่ละข้างด้วย vancomycin 5 มิลลิกรัม/มิลลิลิตรผสม heparin 5,000 ยูนิต/มิลลิลิตร

16 พฤษภาคม 2565 ฟอกเลือดครั้งที่ 7 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หน้าบวมแขนขาบวม 2 ข้าง เหนื่อย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที่ BS มีเสียง crepitation both lungs on O₂ canular 3 ลิตร/นาที่ SpO₂ 100% จัดให้ออนสิริระบบสูง ความดันโลหิต 160/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 63 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส แผล exit site ไม่แดง ทำแผลด้วยหลัก aseptic technique ขณะฟอกเลือดผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ความดันโลหิต 98/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 125 ครั้ง/นาที่ จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ลดและหยุดดึงน้ำเกลือ 1.7 ลิตร/ชั่วโมง ลดอุณหภูมิเครื่อง เจาะ DTX = 170 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้ 50% Glucose 50 มิลลิลิตรทาง หลอดเลือดดำ ต่อมาความดันโลหิตอยู่ในช่วง 73/52-113/83 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 127-128 ครั้ง/นาที่ ผู้ป่วยซึมลง ยุติการฟอกเลือดก่อนเวลา 18 นาที่ หลังยุติการฟอกเลือด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 137/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 132 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ดึงน้ำสุทธิตั้ง 1,080 มิลลิลิตร แพทย์ off Vancomycin หลังครบ 21 วัน 19 พฤษภาคม 2565 ฟอกเลือดครั้งที่ 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย ตาบวม ขาบวม 1+ ฟัง lung clear on O₂ canular 3 ลิตร/นาที่ SpO₂ 100 % ความดันโลหิต 165/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 62 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที่ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส แผล exit site ไม่พบรอยแดง ดูแลทำแผลด้วยหลัก aseptic technique

ตั้ง UF 2.5 ลิตร/ชั่วโมง ขณะฟอกเลือดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 115/72-165/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-88 ครั้ง/นาที่ หลังฟอกเลือดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อย ขาบวม ความดันโลหิต 157/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที่ ดึงน้ำสุทธิ 2,000 มิลลิลิตร แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน จึงได้แนะนำผู้ป่วยให้สวมเสื้อผ้าแบบผ่าหน้าที่ไม่คับเกินไปเพื่อลดการคั่งรังบริเวณแผล ไม่ให้แกะเกาหรือถูบริเวณแผล ระมัดระวังไม่ให้แผลเปื่อยและอักเสบ ถ้าพบว่าปิดแผลเปิดหรือเปื่อยขึ้น ให้ญาติพาผู้ป่วยมาทำแผลที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ควรสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ปวดแผล แผลบวม แดง ร้อน มีเลือดหรือหนองซึมออกมา มีไข้ ถ้าพบควรรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 86 ปี มีประวัติเป็นเบาหวาน 15 ปี รักษาต่อเนื่องและรับประทานยาสม่ำเสมอ และมีภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรับการรักษาโดยวิธีฟอกเลือดเป็นเวลาประมาณ 10 ปี มาด้วยอาการไข้ ไอ เหนื่อยมาก 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ ต่อมา ผู้ป่วยเหนื่อยหอบมากขึ้นหายใจลำบาก SOS score 4 O₂ sat 88% แพทย์จึงใส่ท่อช่วยหายใจแล้วส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลพุทธโสธร แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จากกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย หรือ SIRS พบว่ามีไข้ 38.5 องศาเซลเซียส หายใจเร็ว 35 ครั้งต่อนาที WBC =17,210 10³uL เพาะเชื้อในเลือด พบ Staphylococcus aureus จาก peripheral vein และจาก permcath พบ bacteria species ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลว ร่วมกับการแก้ไขภาวะติดเชื้อด้วยการดูแลให้ยา antibiotic ได้แก่ Ceftriaxone 2 กรัมทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง และ 1 กรัมหลังฟอกเลือดทุกครั้ง สลับกับ meropenem 2 กรัมทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง และให้ meropenem 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำหลังฟอกเลือด ทุกครั้งเป็นเวลา 3 วัน รวมเวลาทั้งสิ้น 7 วัน, Vancomycin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำ ทุก 72 ชั่วโมง และ 500 มิลลิกรัม หลังฟอกเลือดทุกครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้น 21 วัน ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดทั้งสิ้น 8 ครั้ง ดูแล lock antibiotic สายสวน หลอดเลือดแต่ละข้างด้วย vancomycin 5 มิลลิกรัม/ มิลลิลิตรผสม heparin 5,000 ยูนิต/มิลลิลิตร ตามแผนการรักษาเพื่อกำจัด biofilm ที่เคลือบในสายซึ่งอาจมีแบคทีเรียฝังตัวอยู่ พบแผล exit site มีรอยแดง ดูแลทำแผลให้สะอาดก่อนและหลังการ

ฟอกเลือดทุกครั้งด้วย aseptic technique ต่อมาอาการไข้ลดลง แผล exit site ไม่พบรอยแดง ผล H/C วันที่ 28 เมษายน 2565 จากสาย permcath และ peripheral vein ไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองในวันที่ 30 เมษายน 2565 โดยช่วงแรก on HCNC ค่อยๆปรับลดปริมาณ O₂ ลง เปลี่ยนมา on O₂ mask with bag ในวันที่ 6 พฤษภาคม 2565 และเปลี่ยนมา on O₂ canular 11 พฤษภาคม 2565 ขณะฟอกเลือด ผู้ป่วยมีอาการความดันโลหิตต่ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ประกอบกับการดื่มน้ำและการนำเลือดออกจากร่างกาย ทำให้ cardiac output ลดลง แก้ไขโดยการต่อสายส่งเลือด ด้านออกพร้อมกับสายส่งเลือดด้านเข้าผู้ป่วย ปรับลดหรือยุติการดื่มน้ำ ปรับลดอุณหภูมิในเครื่องเพื่อให้เกิด vasoconstriction ดูแลให้ยากลุ่ม Vasopressor ได้แก่ Norepinephrine (Levophed®) 8 มิลลิกรัมใน 5%D/W 250 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง keep MAP ≥ 65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 50-110 ครั้ง/นาที ให้ NSS หรือ 50% glucose 50 มิลลิลิตร ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูงเกิน 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 150/70-160/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 60-70 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยแข็งแรงมากขึ้น พุดคุยรู้เรื่องดี ได้ off NG tube และรับประทานอาหารได้เอง แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 19 พฤษภาคม 2565 หลังฟอกเลือดเสร็จ รวมระยะเวลาที่รับไว้ในการรักษา 27 วัน แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำโดยแนะนำให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าแบบผ่าหน้าที่ไม่คับเกินไปเพื่อลดการดื่งรังบริเวณแผล ไม่ให้แกะเกาหรือถูบริเวณแผล ระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกและอับชื้น ถ้าพบว่าปัสสาวะเป็ดหรือเปียกชื้น ให้ญาติพาผู้ป่วยมาทำแผลที่โรงพยาบาลทุกครั้ง นอกจากนี้ควรสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ปวดแผล แผลบวม แดง ร้อน มีเลือดหรือหนองซึมออกมา หรือมีไข้ ถ้าพบควรรีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาทันที ได้แนะนำการผ่าตัดทำเส้นเลือดถาวรชนิด AVF หรือ AVG ผู้ป่วยมีนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ได้ประสานเยี่ยมบ้านผ่านระบบ COC และแนะนำการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

ข้อมูลจากญาติซึ่งให้ประวัติว่าผู้ป่วยมักจะนั่งชันเข่า อุบริเวณแผล permcath จนผ้าปิดแผลที่ห่อหุ้มสายสวนเป็ดออก และญาติได้ปิดแผลกลับที่เดิมโดยไม่ได้พาผู้ป่วยไปทำแผลใหม่ ทำให้แผลสัมผัสกับเชื้อโรคในอากาศและบริเวณผิวหนัง

ของผู้ป่วยจนเกิดการติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อครั้งนี้ ยืนยันด้วยผลตรวจ H/C พบ Staphylococcus aureus จาก peripheral vein และจาก permcath พบ bacteria ส่วนปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินของโรคพัฒนาสู่ภาวะรุนแรงมากขึ้นคือภูมิคุ้มกันของร่างกายซึ่งต่ำกว่าปกติจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พยาบาลได้เชิญผู้ดูแลฟอกเลือดให้ผู้ป่วยควรมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อผ่านสายสวน หลอดเลือด การประเมินความเสี่ยงจากสัมผัสเชื้อ การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรายงานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาก่อนที่อาการจะรุนแรงลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดได้ และระหว่างการฟอกเลือดเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยฟอกเลือดไม่เพียงพอและมีโอกาสเสียชีวิต ต้องยุติการฟอกเลือดก่อนเวลา พยาบาลได้เตรียมความพร้อมทักษะในการเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ขณะฟอกเลือดอย่างถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

1. การเจ็บป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลต่อสภาวะของโรคสำหรับญาติเป็นอย่างมาก พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย ควรมีการเสริมพลังอำนาจแก่ญาติให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤต และสามารถฟอกเลือดต่อไปได้
2. พยาบาลควรมีความรู้ความสามารถและทักษะในการประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และให้การพยาบาลได้ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้
3. ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกาย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติระมัดระวังภาวะเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อต่างๆ อาการผิดปกติที่ควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ควรจัดทำคู่มือการดูแลสายสวนหลอดเลือดเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใส่สายสวนสำหรับฟอกเลือด

5. ควรจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

6. ควรมีช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันอื่นๆ เพื่อให้คำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว เกิดข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แบบรายงานการตรวจราชการระดับเขตสุขภาพประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กำพล สุวรรณพิมลกุล, กมลวรรณ จุติวรกุล, เลลานี ไพฑูรย์พงษ์, โอภาส พุทธเจริญ และชัชฌา สวนกระต่าย. (2559). *Infectious Disease EMERGENCY*. กรุงเทพฯ: ตรีเทพบุ๊กโปรดักส์.

ชัชวาล วงศ์สารี และ อรนนท์ หาญยุทธ. (2557). การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลตำรวจ*. 6 (2), 226-229. สืบค้นจาก <https://www.slideshare.net/ssuserf6c0c6/ss-52231545>

บัญชา สติระพจน์, เนาวรัตน์ นาทา, ประมัตต์ ธิมาไชย, พามิลา ทรศนะวิภาส และอุบลัมภ์ สุขสินธุ์. (2565). *Pocket Dialysis*. กรุงเทพฯ: น้าอักษรการพิมพ์.

ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และ นัตริสุดา เอื้อมานะพงษ์. (2558). *ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. (2564). *โรคไตเรื้อรัง ไม่ยากเกินเข้าใจ*. สืบค้น 21 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/461>

สลิท ศิริอุดมภาส. (2562). *ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ/ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis/Septicemia)*. สืบค้น 4 กันยายน 2565, จาก <https://haamor.com/ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด#article102>

วัชรินทร์ รังสีภานุรัตน์ และคณะ. (2558). *การวินิจฉัยโรคติดเชื้อแบคทีเรียทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: วิ.พรินท์.

อากม นงนุช, ขจร ศิริธรรณกุล, คงกระพัน ศรีสุวรรณ และวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2562). *Essentials in Hemodialysis*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

ประภัศร ผาสุข

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

ในประเทศไทย มะเร็งรังไข่เป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีพบได้บ่อยเป็นอันดับ 2 รองลงมาจากมะเร็งปากมดลูก และเป็นอันดับ 6 ของมะเร็งทั้งหมดที่พบในหญิงไทย ซึ่งอุบัติการณ์ของมะเร็งรังไข่ 5.2 ต่อประชากรสตรี 100,000 คนต่อปี ช่วงชีวิตของสตรีที่ไม่มีประวัติของมะเร็งรังไข่ในครอบครัว จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่ร้อยละ 1.4 หรือ 1 ในสตรี 70 คน และโอกาสนี้จะสูงขึ้นถ้ามีประวัติมะเร็งรังไข่ในครอบครัว ปัจจุบันได้มีการค้นพบยีนที่เกี่ยวข้องกับการเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งรังไข่

ในสหรัฐอเมริกา มะเร็งรังไข่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของการตายจากมะเร็งในวัยทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่มีอาการในระยะเริ่มต้น ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ โรคได้มีการแพร่กระจายออกไปอวัยวะอื่นหรือเป็นระยะลุกลามมากแล้วจึงจะเริ่มมีอาการ ทั้งนี้เป็นเพราะมะเร็งรังไข่ไม่มีการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้มะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเหมือนมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีวิธีการตรวจ pap smear ซึ่งเป็นวิธีคัดกรองที่สะดวกและแม่นยำ นอกจากนี้รังไข่เป็นอวัยวะที่อยู่ในอุ้งเชิงกราน ไม่สามารถมองเห็นหรือทำหัตถการได้เหมือนมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีเลือดออกผิดปกติ และสามารถขูดเยื่อบุโพรงมดลูกมาตรวจทางพยาธิวิทยาได้ ดังนั้นมะเร็งรังไข่เมื่อมีอาการมักจะแพร่กระจายออกไปนอกช่องท้อง ทำให้ผลการรักษาและการพยากรณ์โรคไม่ดีเท่ามะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีอื่น ๆ สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานในโรงพยาบาลพุทธโสธร ปี พ.ศ.2562 ถึง 2564 จำนวน 5,40 และ 18 ราย ตามลำดับ เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น การเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเลือดขณะผ่าตัด การบาดเจ็บต่อเส้นประสาท และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ทำให้การผ่าตัดไม่ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ดังนั้น พยาบาลผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญในกระบวนการผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานเป็นอย่างดี การเตรียม

ความพร้อมของเครื่องมือเครื่องใช้ที่ได้มาตรฐาน การส่งผ่าตัดที่ถูกต้องทุกขั้นตอน สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีความรู้ความสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน มีความรู้ในการเฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การติดเชื้อแผลผ่าตัด ดังนั้นการมีความรู้และความชำนาญในการทำผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานเป็นอย่างดี จะทำให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และการให้ความรู้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ระบาดวิทยา

มะเร็งรังไข่พบได้ทุกกลุ่มอายุ โดยชนิดและอุบัติการณ์ของมะเร็งแตกต่างกันไปตามอายุ ในเด็กและสตรีที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 60 จะเป็นเนื้องอกรังไข่ชนิดเจอร์มเซลล์ พบมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิวร้อยละ 85 ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุด มะเร็งชนิดนี้พบน้อยในวัยรุ่น อุบัติการณ์จะสูงขึ้นตามอายุ โดยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนหลังอายุ 40 ปี และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จน อายุ 55 ปี หลังจากนั้นจะลดลงบ้าง

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งรังไข่ โดยเฉพาะชนิดเยื่อบุผิว โดยหญิงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิว ได้แก่ อายุมาก แต่งงานแต่ไม่มีบุตร มีประวัติเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก ลำไส้ใหญ่หรือเต้านม และมีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวเป็นมะเร็งรังไข่ การที่มีการตกไข่อย่างต่อเนื่องทุกเดือน หญิงที่หมดระดูเมื่ออายุมาก สำหรับหญิงที่เป็นมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อบุผิวน้อย ได้แก่ มีบุตรมาก มีภาวะไม่ตกไข่ และมีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดโดยการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดนาน 5 ปี สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ลงได้ครึ่งหนึ่ง หญิงที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกโดยเหลือรังไข่ไว้ หรือได้รับการทำหมัน การตั้งครรภ์ และ

การให้มนุตรเป็นเวลานานมีผลในการป้องกันการเกิดมะเร็งรังไข่ ส่วนการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือกาแฟ และการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ในวัยหมดระดูไม่พบว่าเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งรังไข่

ชนิดของมะเร็งรังไข่

โรคมะเร็งรังไข่มีหลายชนิด สามารถแบ่งตามตำแหน่งเริ่มต้นของเซลล์มะเร็งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ มะเร็งเยื่อบุผิวรังไข่ (Epithelial cell tumors) เป็นกลุ่มเกิดจากเซลล์เยื่อบุผิวรังไข่ (Epithelium) อาจเป็นเยื่อบุผิวของท่อนำไข่ ของเยื่อบุมดลูก หรือของเยื่อบุผิวของรังไข่ เป็นกลุ่มที่พบได้บ่อยที่สุดประมาณ 90% ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด พบเกิดในผู้ใหญ่ และพบได้สูงในช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไป (โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึงโรคมะเร็งรังไข่ จึงมักจะหมายถึงโรคมะเร็งรังไข่กลุ่มที่เกิดจากเยื่อบุผิวรังไข่นี้) นอกจากนี้มะเร็งในกลุ่มนี้เยื่อบุผิวยังแบ่งได้เป็นอีก 2 แบบ คือ มะเร็งรังไข่แบบ 1 (Ovarian cancer type 1) คือ มะเร็งรังไข่ที่มีความรุนแรงของโรคต่ำ (Low grade tumor) ธรรมชาติของโรคจะไม่ค่อยลุกลามแพร่กระจาย จึงมักพบโรคนี้ในระยะที่ 1 และเป็นมะเร็งกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี นอกจากนี้โรคในกลุ่มนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมหรือยีน เช่น KRAS, PTEN, BRAF แต่มักไม่พบความผิดปกติของยีน TP53 (Tumor protein 53) มะเร็งในกลุ่มนี้ที่พบได้บ่อย คือ มะเร็งในกลุ่ม Borderline adenocarcinoma มะเร็งรังไข่แบบ 2 (Ovarian cancer type 2) คือ มะเร็งรังไข่ที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง (High grade tumor) มักพบในระยะลุกลามออกนอกรังไข่ไปแล้ว เป็นโรคที่มักพบร่วมกับการมียีนผิดปกติชนิด TP53 และชนิด BRCA (Breast cancer) และเป็นโรคลกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี มะเร็งฟองไข่ (Germ cell tumors) เป็นกลุ่มที่เกิดจากเซลล์ที่ผลิตไข่ เป็นกลุ่มที่พบได้น้อยประมาณ 5% ของมะเร็งรังไข่ทั้งหมด มักพบได้ในเด็กและในหญิงอายุน้อย มะเร็งเนื้อรังไข่ (Stromal cell tumors) เป็นกลุ่มเกิดจากเซลล์เนื้อเยื่อเกี่ยวพันซึ่งผลิตฮอร์โมนเพศหญิง เป็นกลุ่มที่พบได้น้อยมาก

สาเหตุของมะเร็งรังไข่

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งรังไข่ที่แน่ชัด แต่พบว่าปัจจัยเสี่ยง ที่อาจเกี่ยวข้องกับโรคนี้ คือ การมีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อบุมดลูก และ/หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะการมีญาติสายตรง (มารดา พี่สาว น้องสาว หรือลูกสาว) เป็นมะเร็งรังไข่ 2 คน การมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งรังไข่

1 คน เป็นมะเร็งเต้านม 1 คน ซึ่งเกิดก่อนอายุ 50 ปี การมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งรังไข่ และมีประวัติคนในครอบครัว 2 คน เป็นมะเร็งเต้านมก่อนอายุ 60 ปี การมีคนในครอบครัว 1 คนเป็นมะเร็งรังไข่ และมีคนในครอบครัว 3 คน เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ (มี 1 คนเป็นก่อนอายุ 50 ปี) การมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป เพราะพบโรคนี้ได้สูงในช่วงอายุ 40-60 ปี การมีประจำเดือนครั้งแรกก่อนอายุ 12 ปี หรือหมดประจำเดือนช้า (หมดช้ากว่าอายุ 55 ปี) การคลอดบุตรคนแรกหลังจากอายุ 30 ปีไปแล้ว การไม่มีบุตรหรือมีบุตรน้อย เพราะพบโรคนี้ในคนที่ไม่เคยตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์เพียง 1-2 ครั้ง ได้สูงกว่าในคนที่ตั้งครรภ์มากกว่านี้ การใช้ยากระตุ้นการตกไข่เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตั้งครรภ์ เช่น ในภาวะมีบุตรยาก การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนหลังวัยหมดประจำเดือนติดต่อกันนานเกิน 5 ปี การมีภาวะอ้วนตั้งแต่วัย 18 ปี เพราะพบโรคนี้ในคนอ้วนสูงกว่าในคนผอม เคยเป็นโรคมะเร็งรังไข่มาแล้วข้างหนึ่ง โรคมะเร็งเต้านม และ/หรือโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ สภาพแวดล้อม เช่น สารเคมี อาหาร เนื่องจากพบโรคนี้ในประเทศอุตสาหกรรมมากกว่าประเทศเกษตรกรรม มีการศึกษาพบว่า การใช้แป้งบริเวณอวัยวะเพศเป็นเวลานานจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ แต่อาจเป็นเพราะแป้งในสมัยก่อนมีสารปนเปื้อนก็ได้

อาการและอาการแสดง

ในระยะแรกผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดง แต่ต่อมาจะมีอาการคล้ายโรคกระเพาะปัสสาวะและทางเดินอาหารทั่วไป เช่น แน่นท้อง รู้สึกอึดในท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องบวม มีลมในท้อง เรอ รู้สึกอึดจนอึดอัดแม้จะรับประทานอาหารอ่อน ๆ กลืนได้ กลืนปัสสาวะไม่อยู่จนต้องรีบเข้าห้องน้ำ ปัสสาวะบ่อย ปวดท้องน้อย การขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม (เช่น ท้องผูก ท้องเสีย) อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผอมแห้ง น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุปวดหลังตอนล่าง เจ็บในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะเป็นอย่างต่อเนื่อง และค่อย ๆ เป็นมากขึ้นทีละน้อย ดังนั้น จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะที่โรคลุกลามแล้ว ผู้ป่วยบางรายอาจมีประจำเดือนผิดปกติ เช่น ปวดประจำเดือน หรือมีเลือดออกกะปริบกะปรอย บางรายอาจมีอาการปวดท้องเฉียบพลันแบบฉับพลันซึ่งมีไข้ขึ้น ในระยะท้ายของมะเร็งรังไข่ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ำได้ก่อนในท้องน้อย ปวดท้องน้อย มีน้ำในช่องท้องหรือท้องมาน (ท้องบวมหรือเสื่อผืนคับท้องหรือเอว) และมีอาการของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากมะเร็งลุกลามไปยังบริเวณ

ข้างเคียงและ/หรือไปยังปอดและตับ (เช่น ดีซ่าน ตับโต ไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก เป็นต้น)

อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์บ่อยที่สุดได้แก่ อาการท้องโตขึ้น เนื่องจากในท้องมีน้ำหรือก้อนเนื้ออกใหญ่แน่น อึดอัดในท้อง ปวดท้อง ซึ่งเป็นอาการของโรคที่ได้แพร่กระจายไปในช่องท้องมากแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยที่โรครังไข่ยังไม่มาก อาจมีอาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ท้องผูก แน่นเฟ้อ คลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่จำเพาะกับโรคใดโรคหนึ่ง ฉะนั้นสตรีที่อายุ 40 ปีขึ้นไปมีอาการดังกล่าวและได้รับการรักษาด้วยยาโรคระเพาะอาหารแล้วไม่ดีขึ้น ควรต้องนึกถึงโรคมะเร็งรังไข่ไว้บ้างอาการอื่นที่พบ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักตัวลด การปวดท้องเฉียบพลัน อาการบิดขี้ก้นแตกหรือเลือดออกในช่องท้อง บางรายอาจไม่มีอาการซึ่งอาจตรวจพบจากการตรวจภายในหรือการตรวจร่างกายทั่วไป

ระยะของมะเร็งรังไข่

ระยะที่ 1 แบ่งออกเป็นระยะ IA, IB และระยะ IC ระยะ IA เป็นระยะที่พบเซลล์มะเร็งในรังไข่ (Ovary) หรือท่อนำไข่ (Fallopian tube) เพียง 1 ข้าง ระยะ IB เป็นระยะที่พบเซลล์มะเร็งในรังไข่หรือท่อนำไข่ทั้ง 2 ข้าง ระยะ IC เป็นระยะที่พบเซลล์มะเร็งในรังไข่หรือท่อนำไข่ 1 ข้าง หรือพบทั้ง 2 ข้าง ร่วมกับ (a) หากมะเร็งเป็นถุงน้ำและถุงน้ำได้แตกออก หรือ (b) พบเซลล์มะเร็งอยู่ที่ผิวด้านนอกของรังไข่หรือท่อนำไข่ หรือ (c) พบเซลล์มะเร็งที่เยื่ออุ้งเชิงกราน (Pelvic peritoneum)

ระยะที่ 2 แบ่งออกเป็นระยะ IIA, IIB และระยะ IIC ระยะ IIA เป็นระยะที่พบมะเร็งในรังไข่หรือท่อนำไข่ 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้าง และเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังมดลูก (Uterus) และ/หรือท่อนำไข่ และ/หรือรังไข่อีกข้าง ระยะ IIB เป็นระยะที่พบมะเร็งในรังไข่หรือท่อนำไข่ 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้าง และเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังลำไส้ใหญ่ (Colon) ระยะ IIC เป็นระยะที่พบมะเร็งในเยื่ออุ้งเชิงกราน (Pelvic peritoneum) โดยที่มะเร็งไม่ได้แพร่กระจายมาจากส่วนอื่นของร่างกาย

ระยะที่ 3 แบ่งออกเป็นระยะ IIIA, IIIB และระยะ IIIC ระยะ IIIA เป็นระยะที่พบมะเร็งในรังไข่หรือท่อนำไข่ 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้าง และเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองเฉพาะบริเวณด้านหน้าหรือด้านหลังของเยื่อช่องท้อง (Peritoneum) เท่านั้น หรือแพร่กระจายไปยังโอเมนตัม (Omentum) โดยที่เซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายมา

ส่วนนี้ยังมีขนาดเล็กมาก สามารถมองเห็นเฉพาะจากการส่องกล้อง และอาจแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงได้

ระยะ IIIB เป็นระยะที่พบมะเร็งในรังไข่หรือท่อนำไข่ 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้าง และมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังโอเมนตัม (มะเร็งที่แพร่กระจายมาส่วนนี้ยังมีขนาดเล็กไม่เกิน 2 เซนติเมตร และมะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อช่องท้องได้)

ระยะ IIIC เป็นระยะที่พบมะเร็งในรังไข่หรือท่อนำไข่ 1 ข้าง หรือทั้ง 2 ข้าง และมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังลำไส้ (มะเร็งที่แพร่กระจายมาส่วนนี้ยังมีขนาดใหญ่กว่า 2 เซนติเมตร และมะเร็งอาจแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองหลังเยื่อช่องท้องหรือผิวของตับหรือม้ามได้)

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่มะเร็งได้แพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย โดยแบ่งออกเป็นระยะ IVA และระยะ IVB ระยะ IVA เป็นระยะที่พบเซลล์มะเร็งในของเหลวซึ่งสร้างขึ้นรอบ ๆ ปอด ระยะ IVB เป็นระยะที่มะเร็งมีการแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดออกนอกช่องท้องไปยังอวัยวะหรือเนื้อเยื่ออื่น ๆ ของร่างกาย ได้แก่ ปอด ตับ สมอง กระดูก และต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ

การวินิจฉัยมะเร็งรังไข่

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ได้จากการซักประวัติและการตรวจร่างกาย การตรวจภายในช่องคลอด (Pelvic exam) การตรวจภายในจะช่วยตรวจหามะเร็งปากมดลูกได้ แต่จะไม่สามารถตรวจมะเร็งรังไข่ในระยะแรกได้ (มักจะตรวจพบมะเร็งรังไข่ในระยะท้ายของโรค ซึ่งมักจะคลำพบก้อนที่รังไข่) แต่การตรวจภายในก็ยังเป็นสิ่งที่จะต้องตรวจเป็นประจำ โดยมีคำแนะนำให้เริ่มตรวจได้ตั้งแต่อายุมากกว่า 18 ปี การตรวจเลือดดูค่าสารมะเร็งที่สร้างจากเซลล์มะเร็งรังไข่ (CA 125 assay) การตรวจอัลตราซาวด์ (Ultrasound exam) การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) การตรวจเพตสแกน (PET scan) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) การเอกซเรย์ทรวงอก (Chest x-ray) การใช้กล้องส่องเข้าช่องท้อง (Laparoscopy) การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Biopsy) ในโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีก้อนเนื้อในรังไข่ แพทย์จะไม่ตัดชิ้นเนื้อพิสูจน์ก่อนให้การรักษาเหมือนในโรคอื่น ๆ เพราะอาจมีผลข้างเคียงจากการตัดชิ้นเนื้อได้สูง เช่น การเกิดเลือดออกในช่องท้อง ลำไส้ทะลุจากเข็มที่เจาะพลาดไปโดนลำไส้ และหากเป็นมะเร็งก็อาจเป็นสาเหตุทำให้เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าสู่เยื่อช่องท้อง อีกทั้ง

เมื่อแพทย์ตรวจพบก้อนเนื้อในรังไข่ การรักษาหลักจะเป็นการผ่าตัดเสมอ ดังนั้น การจะวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ได้อย่างแน่นอน จึงทำได้จากการตรวจรังไข่ในขณะที่ทำการผ่าตัดและจากการตัดชิ้นเนื้อจากก้อนเนื้อหลังการผ่าตัดแล้วส่งตรวจทางพยาธิวิทยา หลังจากวินิจฉัยโรคได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการตรวจเพิ่มเติมเพื่อหาการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งหรือระยะของโรคเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วแพทย์จะผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อดูว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นหรือไม่ และจะตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา พร้อมกับตัดก้อนเนื้องอกและอวัยวะที่เป็นมะเร็งออกด้วย

การรักษา

เมื่อตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็งรังไข่ แพทย์จะให้การรักษาด้วยการผ่าตัด (ผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมกับผ่าตัดมดลูกและท่อนำไข่ทั้งสองข้าง เพราะเป็นอวัยวะที่โรคมะเร็งอาจลุกลามไปได้) และให้การรักษาต่อเนื่องด้วยการให้ยาเคมีบำบัดหรือร่วมกับยาต้านมะเร็งเป้าหมายเมื่อเป็นโรคที่เซลล์มะเร็งเป็นชนิดรุนแรงและ/หรือเมื่อโรคลุกลามแล้ว ส่วนการใช้รังสีรักษาอาจใช้ในกรณีที่โรคแพร่กระจายไปแล้วเพียงเพื่อช่วยบรรเทาอาการ เช่น แพร่กระจายเข้ากระดูกและก่อให้เกิดอาการปวดกระดูก แต่ยังไม่อยู่ในระหว่างการทดลองทางคลินิกการรักษาหลักของมะเร็งรังไข่ชนิดเยื่อเมือก ประกอบไปด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด รังสีรักษามีที่ใช้น้อย การใช้ Immunotherapy กับการรักษาทางยีนกำลังอยู่ในช่วงเริ่มต้น การพยากรณ์โรคจะดีหรือไม่ ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งระยะของโรค ชนิดของเนื้อเยื่อที่เป็นและขนาดของมะเร็งที่เหลืออยู่หลังการผ่าตัดครั้งแรก

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งรังไข่

วิธีการรักษาโรคมะเร็งรังไข่ การรักษาโรคมะเร็งรังไข่มีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะของโรค สภาพโดยรวมของผู้ป่วย ซึ่งการรักษาจะประกอบไปด้วยแพทย์หลายแผนก เช่น สูติรีแพทย์ แพทย์ทางรังสีวิทยา แพทย์ทางเคมีบำบัด ทั้งนี้แพทย์จะเป็นผู้ประเมินถึงแนวทางการรักษาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายไป

1. การผ่าตัด (Surgery) การผ่าตัดมะเร็งรังไข่มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกและปากมดลูก (Hysterectomy) มีทั้งการผ่าตัดเฉพาะปากมดลูกออก (Subtotal hysterectomy) และการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมด (Total hysterectomy) ถ้าผ่าตัดทางหน้าท้อง

จะเรียกว่า “Abdominal hysterectomy” ถ้าผ่าตัดทางช่องคลอดจะเรียกว่า “Vaginal hysterectomy” และถ้าผ่าตัดผ่านกล้องจะเรียกว่า “Laparoscopic hysterectomy” การผ่าตัดมดลูกแบบถอนราก (Radical Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดนำเอามดลูกและเนื้อเยื่อในบริเวณที่ใกล้เคียงอย่างท่อนำไข่ ปีกมดลูก ต่อมมน้ำเหลือง เนื้อเยื่อไขมัน รวมถึงเนื้อเยื่อบางส่วนช่องคลอดออกไปด้วย วิธีนี้มักถูกนำมาใช้เมื่อต้องการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ในข้างที่เป็นมะเร็งออก (Unilateral salpingo-oophorectomy) การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกทั้งสองข้าง (Bilateral salpingo-oophorectomy) การผ่าตัดโอเมนตัมหรือเนื้อเยื่อที่ช่องท้องออก (Omentectomy) การผ่าตัดเอาส่วนของต่อมน้ำเหลืองออกเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Lymph node biopsy)

2. การให้ยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยาเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งหรือยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ในปัจจุบันแพทย์นิยมใช้ยาหลายตัวสลับกันเป็นระยะ เพราะได้ผลดีกว่าการใช้ยาเพียงตัวเดียว หลังจากกินยาหรือฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือกล้ามเนื้อแล้ว ตัวยาจะถูกดูดซึมเข้าทางกระแสเลือดและจับกับเซลล์มะเร็งที่อยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งเรียกว่า “Systemic chemotherapy” แต่ในบางกรณีแพทย์อาจฉีดยาเคมีบำบัดเข้าทางช่องไขสันหลังในอวัยวะ หรือในช่องท้องเพื่อหวังผลในการทำลายเซลล์มะเร็งเฉพาะที่ ซึ่งเรียกว่า “Regional chemotherapy”

3. การให้ยารักษาตรงเป้า (Targeted therapy) เป็นการรักษาโดยใช้ยาหรือสารอื่น ๆ ที่ออกฤทธิ์เฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็งและก่อให้เกิดอันตรายต่อเซลล์ปกติ น้อยกว่ายาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา แต่ยานี้ค่อนข้างจะมีราคาแพงเกินกว่าที่ผู้ป่วยทั่วไปจะเข้าถึงได้ โดยยาที่นำมาใช้รักษามะเร็งรังไข่จะเป็นยาในกลุ่มโมโนโคลนอล แอนติบอดี (Monoclonal antibody) เช่น บีวาซิซูแมบ (Bevacizumab) และยาในกลุ่ม PARP inhibitors เช่น Olaparib และ Niraparib ที่ใช้ในการรักษามะเร็งรังไข่ระยะลุกลาม

4. การใช้รังสีรักษา (Radiation therapy) เป็นการใช้รังสีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งและทำให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง ซึ่งการใช้รังสีรักษานั้นมี 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้เครื่องฉายรังสีจากภายนอกร่างกาย (External radiation therapy) ซึ่งเป็นที่นิยมกว่าอีกประเภท คือ การฝังแร่ในร่างกาย (Internal radiation therapy) ส่วนการนำมามีใช้รักษามะเร็งรังไข่ก็ยังอยู่ในระหว่างการทดลองทางคลินิก

5. การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)

เป็นการรักษาโรคมะเร็งโดยอาศัยหลักการทำงานของภูมิคุ้มกัน กล่าวคือ เมื่อมีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกัน จะถูกกระตุ้นให้ทำการกำจัดสิ่งแปลกปลอมนั้นออกจากร่างกาย เป็นการส่งเสริมให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานเพื่อกำจัดหรือควบคุม เซลล์มะเร็งในร่างกายได้ แต่การนำมาใช้รักษามะเร็งรังไข่ยังอยู่ในระหว่างการทดลองทางคลินิก

การรักษามะเร็งรังไข่ตามระยะของโรค

ระยะที่ 1 หรือมะเร็งระยะแรก (Early cancer) การรักษาจะประกอบไปด้วย การผ่าตัดมดลูกและปากมดลูก (Hysterectomy), การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกทั้งสองข้าง (Bilateral salpingo-oophorectomy), การผ่าตัดโอเมนตัม (Omentectomy), การตัดเอาส่วนของต่อมน้ำเหลืองออกเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา (Lymph node biopsy) และ อาจตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดร่วมด้วย การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่เฉพาะข้างที่เป็นมะเร็งออก (Unilateral salpingo-oophorectomy) ในสตรีบางรายที่ยังต้องการมีบุตร และอาจตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดร่วมด้วย

ระยะที่ 2, 3 และ 4 หรือระยะลุกลาม (Advanced cancer) การรักษาจะประกอบไปด้วย การผ่าตัดมดลูกและปากมดลูก, การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกทั้งสองข้าง, การผ่าตัดโอเมนตัม, การตัดเอาส่วนของต่อมน้ำเหลืองออกเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา และตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดทางหลอดเลือด (Intravenous chemotherapy) หรือทางปาก (Intraperitoneal chemotherapy) หรือตามด้วยการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับยาตรงเป้า (Targeted therapy) ได้แก่ Bevacizumab, Olaparib หรือ Niraparib การให้ยาเคมีบำบัดแล้วตามด้วยการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูก, การผ่าตัดรังไข่ และท่อนำไข่ออกทั้งสองข้าง และการผ่าตัดโอเมนตัม การให้ยาเคมีบำบัดเพียงอย่างเดียวในรายที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ ส่วนการรักษาด้วยรังสีบำบัด (Radiation therapy), การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy) กับผู้ป่วยระยะนี้ยังอยู่ในระหว่างการทดลองทางคลินิก

การรักษามะเร็งรังไข่ชนิด Germ cell tumors และ Stromal cell tumors สำหรับการรักษามะเร็งรังไข่ชนิด Germ cell tumors นั้น การรักษาหลักจะประกอบด้วยการผ่าตัด ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 4 วิธี คือ การผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมด การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ในข้างที่เป็นมะเร็งออก การผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกทั้งสองข้าง และการผ่าตัดเพื่อลดขนาดเนื้องอก การสังเกตอาการ (Observation),

การให้ยาเคมีบำบัด และการใช้รังสีรักษา ซึ่งการรักษาจะขึ้นอยู่กับชนิดและระยะของโรค ส่วนมะเร็งรังไข่ชนิด Stromal cell tumors การรักษาส่วนใหญ่จะทำได้โดยการผ่าตัดรังไข่ข้างที่เป็นมะเร็งออก แต่ถ้ามีการลุกลามออกนอกรังไข่ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาเคมีบำบัดร่วมด้วย การดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งรังไข่ การดูแลจะเหมือนกับโรคมะเร็งอื่น ๆ ผลการรักษามะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งรังไข่ชนิด Germ cell tumors เป็นโรคที่มีความรุนแรงต่ำถึงปานกลาง เพราะโรคมักตอบสนองได้ดีต่อยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา แต่โรคมะเร็งรังไข่ชนิด Epithelial cell tumors ที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ นั้นจัดเป็นโรคที่ค่อนข้างรุนแรง เพราะผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะที่มะเร็งลุกลามแล้ว ดังนั้น การผ่าตัดก่อนมะเร็งให้หมดไปจึงเป็นไปได้ยาก และเซลล์มะเร็งมักดื้อต่อยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา การรักษาโดยรวมจึงได้ผลไม่สู้ดี แต่ถ้าตรวจพบในระยะแรกก็มักจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี ในโรคมะเร็งระยะที่ 1 คือ ประมาณ 60-70%, ระยะที่ 2 ประมาณ 30-60%, ระยะที่ 3 ประมาณ 0-50% และระยะที่ 4 ประมาณ 0-20%

ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค (Prognosis) จะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ระยะของโรคมะเร็งรังไข่ ชนิดและขนาดของก้อนมะเร็ง อายุและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย เป็นการวินิจฉัยครั้งแรกหรือเป็นมะเร็งที่กลับมาเป็นซ้ำ การติดตามผลการรักษามะเร็งรังไข่ หลังการรักษาข้างต้น ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องได้รับการตรวจติดตามเป็นระยะเพื่อสอบถามอาการ, ตรวจร่างกาย, ตรวจเลือดดูค่าสารมะเร็งที่สัมพันธ์กับมะเร็งรังไข่, ตรวจระดับ AFP และ HCG สำหรับมะเร็งรังไข่ชนิด Germ cell tumors, ตรวจระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน เทสโทสเตอโรนในเลือดสำหรับมะเร็งรังไข่ชนิด Stromal cell tumors, ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อดูว่ามีการกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งหรือไม่ รวมทั้งผลข้างเคียงจากการรักษาต่าง ๆ นอกเหนือจากการตรวจติดตามแล้วผู้ป่วยจะต้องดูแลสุขภาพให้แข็งแรง งดการสูบบุหรี่ ออกกำลังกายเป็นประจำ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างถูกสุขลักษณะด้วย

อย่างไรก็ดีต้องมีการติดตามหลังการรักษาเพื่อให้คำปรึกษา ให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัว อาการของมะเร็งกลับมาเป็นซ้ำ ร่วมกับการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจภายใน การตรวจ Tumor marker และการตรวจทางรังสีหรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ เมื่อมีข้อบ่งชี้

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด (Pre-operative care)

การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. เพื่อประเมินสภาวะทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยและวางแผนในการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยรายบุคคล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดและระยะพักฟื้น
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนการผ่าตัด ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
4. เป็นการขยายบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาล

การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยการทักทาย แนะนำตนเอง พูดจาต้อนรับผู้ป่วยด้วยความสุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใสเป็นกันเอง
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
3. ศึกษาข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และซักถามข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเอง
4. ใช้คำพูดที่เหมาะสมเข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการพูดศัพท์ทางวิชาการ อธิบายถึงส่วนหรือบริเวณที่จะทำผ่าตัดขนาดของแผล การเปลี่ยนแปลงหรือสภาวะภายหลังการทำผ่าตัด อวัยวะนั้น วันและเวลาที่จะทำผ่าตัดโดยประมาณ
5. ฟังและสนทนากับผู้ป่วยด้วยท่าทีที่สุภาพ อ่อนโยน และเป็นมิตรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ
6. แนะนำการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เช่นการไอ การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย การระมัดระวังบริเวณแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหว เพื่อให้สะดวกและเจ็บแผลน้อยที่สุด
7. บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติก่อนผ่าตัดให้ครบถ้วน เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลต่อไป

การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย

1. แนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมความสะอาดร่างกายอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้นตั้งแต่เย็นก่อนทำผ่าตัด สอนผู้ป่วยถึงการ

ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น การไอ/หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลแผล เทคนิคการลุกจากเตียง

2. ตรวจดูความเรียบร้อยของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, Chest X-ray , E.K.G. ในรายที่ผู้ป่วยอายุเกิน 40 ปี
3. การตรวจร่างกายและซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ป่วย หรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โลหิตจาง เป็นต้น
4. เตรียมผู้ป่วยสำหรับให้ยาระงับความรู้สึก โดยให้งดน้ำและอาหารทุกชนิดตั้งแต่ 24.00 น. ของวันก่อนผ่าตัด หรือตามที่แพทย์กำหนด
5. อธิบายถึงการเตรียมความสะอาดเฉพาะที่ Prep skin abdominal และ perineum , SSE และ Vaginal douche เย็นและเข้าก่อนทำผ่าตัด

6. ตรวจชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกับแฟ้มประวัติหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้สอบถามจากตัวผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวดีให้ดูจากใบต่าง ๆ ในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย และสอบถามกับหอผู้ป่วย เป็นต้น

7. ตรวจสอบรายงานในแฟ้มผู้ป่วย เช่น สัญญาณชีพ ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ใบนยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัดซึ่งจะต้องมีทุกราย

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดที่ห้องรอผ่าตัด ในระยะนี้เป็นระยะเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด พยาบาลผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย การเยี่ยมผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด นอกจากจะเป็นการประเมินสภาวะร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวล สิ่งที่ต้องเผชิญขณะผ่าตัด ซึ่งอาจประเมินโดยการพูดคุย สัมภาษณ์ ทำท่าง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล ในระยะก่อนผ่าตัดและขณะผ่าตัด โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างเป็นกันเอง ให้ผู้ป่วยรู้สึกคุ้นเคย อบอุ่น และมีความมั่นใจในการผ่าตัดครั้งนี้ว่าปลอดภัย ขณะเดียวกันต้องอธิบายถึงสิ่งที่ต้องเผชิญในระยะผ่าตัด ต้องอธิบายให้ถึงถึงภาพพจน์จริงให้ห้องผ่าตัด นอกจากนี้พยาบาลผ่าตัดจะต้องประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายด้วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การฉายรังสีปอด เพื่อเตรียมความพร้อมในระยะต่อไป

พยาบาลประจำห้องผ่าตัดควรรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย ก่อนกำหนดเวลาอย่างน้อย 15 นาที เพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วย ป้ายข้อมือผู้ป่วยให้ตรงกับแฟ้มประวัติ เพื่อป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
2. การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเช็คสัญญาณชีพ ของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ลงรายงานอาการของผู้ป่วยใน ใบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อวางแผนการพยาบาล ในห้องผ่าตัดต่อไป
4. การงดน้ำงดอาหารตั้งแต่เวลา 24.00 น.
5. ตรวจสอบว่าได้ถอดฟันปลอมออกแล้วหรือไม่ (กรณีที่มีฟันปลอม)
6. ตรวจสอบการใส่สายสวนปัสสาวะ สิ่งที่ต้องเตรียม มากับผู้ป่วย เช่น ยาที่ใช้ระหว่างผ่าตัด ตามคำสั่งแพทย์

การเตรียมห้องผ่าตัด

ก่อนนำผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด พยาบาลประจำห้องผ่าตัดจะต้องเตรียมความพร้อมของห้อง โดยเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นในการผ่าตัด เข้ามาจัดวางตามตำแหน่งให้เรียบร้อย ดังนั้น ควรใช้ห้องที่มีความกว้างเพียงพอ เนื่องจากต้องใช้พื้นที่เพื่อจัดวางอุปกรณ์ต่าง ๆ เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องจีตัดซิลปิดเส้นเลือด Ligasure vessel sealing device เครื่อง suction ใต้สำหรับวางเครื่องมือผ่าตัด หากห้องเล็กเกินไปไม่สะดวกสำหรับผู้ร่วมงานที่ช่วยรอบนอก อาจเข้ามาใกล้บริเวณ sterile zone ได้ ทำให้มีโอกาสเกิด contamination สูง ส่วนปลั๊กไฟสำหรับอุปกรณ์ไฟฟ้าต่าง ๆ ต้องมีเพียงพอ การใช้สะพานไฟพ่วงต้องมีขนาดสายไฟที่ใหญ่ และยาวพอ จัดวางให้แนบกับพื้นห้อง เพื่อป้องกันการสะดุดหรือเตะ กระชากหลุดขณะผ่าตัด

การพยาบาลในห้องผ่าตัด

เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องผ่าตัด

1. ทำกระบวนการตรวจสอบความปลอดภัยโดยการทำ Time out ร่วมกับศัลยแพทย์และทีมวิสัญญี ก่อนเริ่มผ่าตัด เพื่อป้องกันการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
2. จัดท่าผ่าตัดโดยจะต้องให้เหมาะสมในท่า Supine position นอนหงาย ศีรษะราบปลายเท้าเหยียดตรง กางแขนออกทั้ง 2 ข้าง ใช้ผ้ารัดเหนือเข่าทั้ง 2 ข้างติดกับขอบเตียง
3. พยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) ส่งเครื่องมือ

ผ่าตัดตามขั้นตอน ด้วยความระมัดระวังตามมาตรฐานห้องผ่าตัด ด้วยเทคนิคการปลอดเชื้อ

4. เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดตรวจสอบความเรียบร้อย โดยตรวจนับอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ของมีคม ผ้าซับโลหิต ตามแนวทางการป้องกันสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

การพยาบาลในห้องผ่าตัดเป็นการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการที่ห้องผ่าตัด พยาบาลประจำห้องผ่าตัดเป็นผู้ที่มีความรู้และความสามารถในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย และทางจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสม มีทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัด ตามหลักการทำให้ปลอดเชื้อ (sterilization) การทำลายเชื้อ (disinfectants) เทคนิคการปลอดเชื้อ (aseptic technique) พยาบาลประจำห้องผ่าตัดจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด ให้พร้อม นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด การพยาบาลระยะผ่าตัด เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย พยาบาลช่วยเหลือนอก (circulating nurse) เมื่อรับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ต้องตรวจสอบและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจตลอดจนแฟ้มประวัติผู้ป่วย และผลการตรวจวินิจฉัยทุกอย่างที่จำเป็น และพยาบาลส่งเครื่องมือ (scrub nurse) การส่งเครื่องมือและช่วยเหลือนอก แพทย์โดยส่งเครื่องมือผ่าตัดเป็นไปตามขั้นตอนการผ่าตัด โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ประเมินการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อเลือกอุปกรณ์เครื่องมือให้แพทย์อย่างถูกต้อง จนการผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยความราบรื่นอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบเกี่ยวกับห้องผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ อีกทั้งร่วมประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนออกจากห้องผ่าตัด ส่งต่ออาการผู้ป่วยกับพยาบาลวิสัญญีเพื่อส่งผู้ป่วยกลับไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้นต่อไป

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ในขณะนี้พยาบาลผ่าตัดจะต้องประเมินสภาพอาการโดยทั่วไป สัญญาณชีพ ประเมินแผลผ่าตัด อาการปวดแผล อาการข้างเคียงของยา และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด จากผลกระทบต่อสุขภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยเป็นไปได้ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย เวลาในการรักษา ดังนั้น เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วย

เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัดพยาบาลช่วยผ่าตัดและพยาบาลช่วยรอบนอกร่วมกันตรวจสอบความเรียบร้อย ทำความสะอาดผิวหนังที่เปื้อนเลือดและน้ำยาต่าง ๆ

- บันทึกรายงานการผ่าตัดรวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัดเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาลหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

- เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลปลอดภัย ส่งผู้ป่วยจนถึงห้องพักฟื้นและส่งต่ออาการเพื่อผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลือง

อุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 82 ปี สถานภาพสมรส โสด เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทยศาสนา พุทธ การศึกษา ประถมศึกษา 4 มีพี่น้อง 3 คน อาศัยอยู่กับหลาน อาชีพ แม่บ้าน

ระยะเวลาที่อยูในการดูแล วันที่ 12 มิถุนายน 2565 เวลา 14.00 น. ถึง 14 มิถุนายน 2565 เวลา 08.30 น. รวมจำนวน 3 วัน

อาการสำคัญ ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการเจ็บท้องน้อยมา 2 เดือน รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน อัลตราซาวด์แพทย์วินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) โรคมะเร็งรังไข่/มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ส่งตัวเพื่อรักษาต่อโรงพยาบาลพุทธโสธร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดกลางท้อง มีเลือดในปัสสาวะ (Hematuria) รายงานการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะพบเลือดในปัสสาวะ = 2+ จากค่าปกติ ไม่มี (Negative) อัลตราซาวด์พบก้อนที่ปีกมดลูกด้านขวา (Rt. Adnexal mass) ผสมระหว่างส่วนที่เป็นก้อนแข็ง (solid) ขนาด 4x5 เซนติเมตร ส่วนที่เป็นถุงน้ำ (cystic) ขนาด 9x7 เซนติเมตร 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลผลการตรวจเลือดเพื่อค้นหาสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker) พบสารบ่งชี้มะเร็งรังไข่ CA125 (Cancer Antigen 125 หรือ Carbohydrate Antigen 125) มีค่าสูง 3475 ยูนิตต่อมิลลิกรัม จากค่าปกติ 0-35 ยูนิตต่อมิลลิกรัม สารบ่งชี้มะเร็ง CA19-9 มีค่าสูงกว่าปกติ 8,406 ยูนิตต่อมิลลิกรัม CEA (Carcinoembryonic antigen) มีค่าสูง 7.1 ไมโครกรัมต่อลิตร จากค่าปกติ 0.003-3.40 ไมโครกรัมต่อลิตร ผลการตรวจความผิดปกติในช่องท้องทั้งหมด (CT Whole abdomen) พบก้อน

ที่ปีกมดลูกด้านขวาผสมระหว่างส่วนที่เป็นก้อนแข็ง (solid) ไม่ระบุขนาดอยู่ด้านใน ส่วนที่เป็นถุงน้ำ (cystic) ขนาด 12 x 10 เซนติเมตร แพทย์นัดมาตรวจร่างกายและวางแผนเรื่องการผ่าตัด วันที่ 12 มิถุนายน 2565

โรคประจำตัว มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง 5 ปี รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน รับประทานยา Amlodipine 5 mg 1 เม็ดหลังอาหารเช้า

สภาพผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุคคุยรู้เรื่อง น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดัน 116/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 103 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที หูได้ยินชัดเจน จมูกรับกลิ่นได้ปกติ หายใจไม่หอบเหนื่อย ฟังปอดไม่พบเสียงหายใจผิดปกติ ฟังเสียงหัวใจไม่พบเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง หน้าท้องบวมโตสามารถคลำก่อนได้ชัดเจน เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ (Bowel sound normal 5-30 ครั้งต่อนาที) ไม่มีกดเจ็บที่หน้าท้อง (no guarding) ตรวจภายในพบก้อนในอุ้งเชิงกรานด้านขวา แขนขาไม่อ่อนแรงสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

การรักษา ทำผ่าตัดมดลูกแบบถอนราก เป็นการผ่าตัดนำเอามดลูกและเนื้อเยื่อในบริเวณที่ใกล้เคียง อย่างท่อนำไข่ ปีกมดลูก ต่อมน้ำเหลือง เนื้อเยื่อไขมัน รวมถึงเนื้อเยื่อบางส่วนของช่องคลอดออกไปด้วย RHND (radical hysterectomy and pelvic node resection)

การปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน 12 มิถุนายน 2565 เวลา 14.00 น. แนะนำตัวพร้อมสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ชักประวัติและประเมินสภาพร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าท้อง คลำพบก้อนโตบริเวณหน้าท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีอาการเหนื่อยหรือหายใจลำบาก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ความดัน 116/73 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 103 ครั้งต่อนาที แพทย์ Set ผ่าตัด Radical hysterectomy and pelvic node resection under general anesthesia วันที่ 13 มิถุนายน 2565 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมสำหรับการผ่าตัด ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด รวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด มีสีหน้าวิตกกังวลและแจ้งว่านอนไม่หลับตั้งแต่คืนก่อนมาอนโรงพยาบาล อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนวิธีการทำผ่าตัดและภาวะของโรค อธิบาย

ถึงแนวทางการรักษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนพึงพอใจ ผู้ป่วยมีสีหน้าผู้ป่วยคลายกังวล ยินยอมรับการผ่าตัด ดูแลความพร้อมก่อนผ่าตัด งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ใส่สายสวนปัสสาวะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/N/2 1000 ml rate 80 ml/hr ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลปกติ ผล X-ray ปอดปกติ การเตรียมเลือด Packed red cell 3 unit ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 2 gm ให้พร้อมสำหรับผ่าตัด วันที่ 13 มิถุนายน 2565 รับผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัด เวลา 10.20 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจสอบชื่อ นามสกุล โรคของผู้ป่วย จากบันทึกรายงานผู้ป่วยให้ตรงกับผู้ป่วยและตรงตามตารางการผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องการลงชื่อในใบยินยอมรับการผ่าตัดรักษา ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพก่อนเริ่มผ่าตัด ความดันโลหิต 118/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 96% เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง ตรวจสอบการงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด ความสะอาดของร่างกายทั่วไปและความสะอาดของผิวหนังที่จะทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด ตรวจสอบการใส่สายสวนปัสสาวะก่อนมาห้องผ่าตัด ปัสสาวะมีสีเหลืองใสไม่มีตะกอน ตรวจสอบประวัติส่วนตัว ประวัติการแพ้ยาและการรักษาของผู้ป่วยจากบันทึกรายงานของผู้ป่วย ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ความเป็นกันเอง อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการให้การรักษาพยาบาล ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 10.40 น. เริ่มกระบวนการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยทำผ่าตัด ดำเนินการตรวจสอบก่อนให้การระงับความรู้สึก (Sign in) พร้อมตรวจสอบก่อนเริ่มการผ่าตัด (Time out) เครื่องมือเครื่องใช้ที่จะใช้ในการผ่าตัดพร้อม ทีมวิสัญญีพร้อมเริ่มทำผ่าตัดเวลา 11.00 น. ขณะทำผ่าตัดสัญญาณชีพผู้ป่วย ชีพจรอยู่ระหว่าง 89-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจอยู่ในช่วง 12-14 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/90-130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100% เนื่องจากก้อนมีขนาดใหญ่และมีพังผืดติดกับลำไส้ใหญ่ (Rectosigmoid) จึงต้องมีการเลาะตัดอย่างระมัดระวังไม่ให้บาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง โดยเฉพาะท่อไต กระปัสสาวะ และลำไส้ใหญ่ ระหว่างการผ่าตัดไม่มีการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 700 มิลลิตร สูญเสียน้ำที่ออกจากก้อนส่วนที่เป็นถุงน้ำ 1500 มิลลิตร ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ

RLS 1000 มิลลิตร rate 100 ml/hr, 6% Voluven solution 500 มิลลิตร รวมปริมาณสารน้ำที่ได้รับ 950 มิลลิตร หลังเสร็จสิ้นกระบวนการผ่าตัด เวลา 12.40 น. ดูแลตรวจสภาพร่างกายทั่วไปแผลผ่าตัดไม่เลือดซึม ไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด ลงบันทึกในแบบบันทึกกิจกรรมการพยาบาล หลังผ่าตัดก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด สัญญาณชีพผู้ป่วย ก่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัดชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 100% ทีมวิสัญญีพิจารณาเอาท่อช่วยหายใจออกผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหลังเอาท่อช่วยหายใจออก ลงบันทึกในเอกสารแบบบันทึกการตรวจสอบความปลอดภัยผู้ป่วยผ่าตัด/หัตถการ โรงพยาบาลพุทธโสธร Surgical safety checklist รวมระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมงครึ่ง ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดเสร็จ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี สามารถยกแขนขาได้เอง on oxygen mask 6 LPM อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 93-94% ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แผลผ่าตัดไม่ซึม ไม่ปวดแผล ส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย เวลา 13.45 น. วันที่ 14 มิถุนายน 2565 เวลา 08.30 น. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียนไม่มีอาการท้องอืด แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ปวดแผลเล็กน้อย pain score = 0 ได้รับ Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ครบวันที่ 14 มิถุนายน 2565 เวลา 06.00 น. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/79 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำ ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานอาหารอ่อนได้ในช่วงบ่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ แนะนำการลุกนั่ง จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลดการดึงปวดของแผลผ่าตัด แนะนำการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้เป็นอย่างดี แนะนำการปฏิบัติตัวการดูแลแผลผ่าตัดและดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แผลมีเลือดหรือหนองซึมออกมามีอาการปวด บวม แดง ร้อนที่แผลผ่าตัด มีเลือดออกจากช่องคลอดเป็นสีแดงสดต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสและคลายกังวลลง รวมระยะเวลาในความดูแล 3 วัน

การพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด (Pre - operative care)

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- จากการตรวจเยี่ยมก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่าเมื่อคืนนอนไม่หลับตอนดึก ๆ จะนึกถึงการผ่าตัดทำให้อนอนไม่หลับ กลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด กลัวความเจ็บปวด อายุมากและมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวเกี่ยวกับการผ่าตัด
- เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดูแลที่จะได้รับในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการดำเนินของโรค วิธีการรักษาและผลของการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น
- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดีและยอมรับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยแนะนำตัวบอชื่อ
 - สกูล ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ให้ความเป็นกันเอง อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะรอผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ กล้าซักถามปัญหาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด วิธีการทำผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ ตลอดจนการดูแลรักษาจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา
3. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ให้มีเสียงดังเกินไป เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เต็มที่คลายความวิตกกังวล

การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น และบอกว่าสบายใจขึ้น
- ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่จะได้รับ และให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลเป็นอย่างดี

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยซักถามเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ว่าควรทำอะไรได้บ้าง มีอาหารประเภทใดที่ห้ามรับประทาน เพราะกลัวว่าแผลจะไม่หาย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

- เมื่อซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดูแลแผลผ่าตัด อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด การมาตรวจตามแพทย์นัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในระยะหลังผ่าตัด
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่
 - ชนิดของอาหารที่ควรรับประทานคืออาหารประเภทเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ ควรงดอาหารประเภทหมักดอง อาหารรสจัด สุราและบุหรี่
 - การพักผ่อนควรพักผ่อนให้เพียงพอ ในระยะ 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด
 - การทำงาน ทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติหลังจากตัดไหมแล้วแผลดีดี และงดการยกของหนักและกิจกรรมที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องเป็นเวลา 6 สัปดาห์
 - อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายได้ตามปกติหลังจากตัดไหมแล้วแผลดีดี ระยะก่อนตัดไหมควรเช็ดตัวครั้งก่อนบนโดยระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ
 - ระวังระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำถ้าผ้าปิดแผลหลุดควรไปทำแผลที่สถานอนามัยใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลวันละ 1 ครั้งจนครบตัดไหม ถ้าผ้าปิดแผลอยู่ในสภาพดีไม่หลุดหรือเปียกน้ำไม่ต้องเปิดแผลจนกว่าจะตัดไหม
 - มาตรวจและตัดไหมตามแพทย์นัดคือ 7 วันหลังผ่าตัด
 - ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แผลมีเลือดหรือหนองซึมออกมา มีอาการปวด บวม แดง ร้อน ที่แผลผ่าตัด มีเลือดออกจากช่องคลอดเป็นสีแดงสด ต้องมาพบแพทย์ทันที

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยต้องมีการเตรียมความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง วันที่ 13 มิถุนายน 2565 เวลา 11.00 น.

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำผ่าตัด
- เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีความพร้อมในการทำผ่าตัด มีสุขภาพแข็งแรงขึ้นหลังผ่าตัด
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนในการทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้ความเป็นกันเอง อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการให้การรักษาพยาบาล

2. ตรวจสอบเอกสารการลงชื่อในใบยินยอมรับการผ่าตัดรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบประวัติส่วนตัว ประวัติการแพ้ยาและการรักษาของผู้ป่วยจากบันทึกรายงานของผู้ป่วย

3. ตรวจสอบสัญญาณชีพและบันทึกความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ เพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลง

4. ตรวจสอบการงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด

5. ตรวจสอบความสะอาดของร่างกายทั่วไปและความสะอาดของผิวหนังที่จะทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

6. ตรวจสอบการใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน อยู่ในถุงปัสสาวะ 50 ml

การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนการผ่าตัด ผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัดได้รับการทำความสะอาดเป็นอย่างดี ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมรับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว

- ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติอุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ได้แก่

- การผิดพลาดในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด
- อุบัติเหตุขณะนอนรอผ่าตัด
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถนอนไปเตียงผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- มีผู้ป่วยนอนรอผ่าตัดจำนวนหลายคน
- มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จากรถนอนนอกห้องผ่าตัด มาที่รถนอนในห้องผ่าตัด และจากรถนอนในห้องผ่าตัดไปเตียงผ่าตัด
- รถนอนที่นอนรอผ่าตัดมีขนาดเล็กและมีล้อเคลื่อนไปมาได้

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นดังกล่าว

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ขณะเคลื่อนย้ายหรือรอผ่าตัด
- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้อง ถูกตำแหน่ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบชื่อ นามสกุล โรคของผู้ป่วย จากบันทึก รายงานผู้ป่วยให้ตรงกับผู้ป่วยและตรงตามตารางการผ่าตัด

2. ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ยกเว้นคนเดียวของรถนอนขึ้นทุกครั้งเมื่อเสร็จการให้การรักษาพยาบาล

3. ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ล็อกเตียงและรถนอน ให้เรียบร้อย และเตรียมบุคลากรในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน

4. ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระวังไม่ให้แขนขา หรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งยื่นออกไปนอกรถนอน

5. ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดูแลและระวังไม่ให้สายน้ำเกลือดึง

6. ตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้อุปกรณ์ที่ใช้ไฟฟ้าให้อยู่ในสภาพที่ใช้งาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

การประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างถูกต้องและปลอดภัย ถูกคน ถูกตำแหน่ง

- ผู้ป่วยไม่ตกเตียง

- ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงหนึ่งไปอีกเตียงหนึ่ง

- ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือเครื่องใช้ไฟฟ้าในห้องผ่าตัด

การพยาบาลในระยะผ่าตัด (Intra - operative care)

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยอาจเกิดการกดทับส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จากการจัดท่าและยึดตรึงผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบทำให้ไม่รู้สึกรู้ตัว
- ผู้ป่วยต้องนอนบนเตียงผ่าตัดท่าเดียวเป็นเวลานาน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าเพื่อการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่ได้รับการบาดเจ็บจากการจัดทำเพื่อการผ่าตัดและการยึดตรึงผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนจัดทำผ่าตัด เช่น ผ้าสำหรับรองและป้องกันการเสียดสีผิวหนังของผู้ป่วยจากวัสดุยึดตรึง
2. จัดท่าผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัดคือท่า Supine Position นอนหงายศีรษะราบ ขาทั้งสองข้างเหยียดตรง แขนทั้งสองข้างกางออก
3. ตรวจสอบสภาพผิวหนังของผู้ป่วยก่อนการทำผ่าตัด และหลังการทำผ่าตัดเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำผ่าตัด และการยึดตรึงผู้ป่วย

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัดและย้ายเตียง
- อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำผ่าตัดบางชนิดแหลมคม และบางชนิดให้ความร้อน
- มีการใช้เครื่องมือ เครื่องใช้ และผ้าซับโลหิต

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากอุบัติเหตุและอันตรายจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่ได้รับอุบัติเหตุและอันตรายจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ป้องกันการตกเตียงโดยใช้เครื่องผูกยึดลำตัว แขนขา และไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพัง
2. ป้องกันอันตรายจากเครื่องมือผ่าตัด ไม่นำเครื่องมือชำรุดหรือใกล้ชำรุดมาใช้ พร้อมตรวจสอบให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน
3. ตรวจสอบและระมัดระวังการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ไฟฟ้าหรือให้ความร้อน โดยดูแลติดแผ่นสื่อไฟฟ้าในบริเวณที่เหมาะสม
4. ป้องกันอันตรายจากการมีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด โดยตรวจนับเครื่องมือเครื่องใช้และส่วนประกอบของเครื่องมือให้ครบถ้วน เมื่อเริ่มและสิ้นสุดการผ่าตัดทุกครั้งตามแนวทาง

การป้องกันสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

5. ตรวจนับผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อซ เมื่อเริ่มการผ่าตัดทุกครั้ง เมื่อเปิดห่อเพิ่มเติมและเมื่อเริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัด ให้ครบถ้วนตามจำนวนที่บันทึกไว้ตามแนวทางการป้องกันสิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่ตกเตียง
- ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากการใช้เครื่องมือผ่าตัดและอุปกรณ์ไฟฟ้า
- ผู้ป่วยไม่มีสิ่งตกค้างในแผลผ่าตัด

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อบริเวณที่ทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยอาจได้รับเชื้อจากภายนอกเข้าสู่ร่างกายทางแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อบริเวณที่ทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อบริเวณที่ทำผ่าตัด แผลผ่าตัดไม่ปวด บวม แดง ร้อน
- อุณหภูมิร่างกายไม่สูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ปฏิบัติตามกฎระเบียบของห้องผ่าตัดและเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด
2. ดูแลจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อและมีการตรวจเช็คที่ถูกต้อง
3. เตรียมความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ โดยฟอกและทายาระงับเชื้ออย่างถูกต้องตามเทคนิคปลอดเชื้อ
4. ระมัดระวังการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง โดยหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว พุดคุยและเดินเข้าออกห้องผ่าตัดโดยไม่จำเป็น
5. ป้องกันการปนเปื้อนของเครื่องมือผ่าตัดโดยไม่จำเป็น

การประเมินผล

- ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วัน วันที่ 14 มิถุนายน 2565 เวลา 08.30 น. แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี Discharge ซึมเปื้อนผ้าปิดแผล แผลผ่าตัดไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน
- อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/79 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลเสียเลือดจากการผ่าตัดจนอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

ข้อมูลสนับสนุน

- บริเวณที่ทำผ่าตัดมีเส้นเลือดสำคัญมาเลี้ยง เช่น Uterine artery
- มีการเลาะตัดต่อมน้ำเหลืองซึ่งเป็นตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการหนีขาดของหลอดเลือด External-Internal Iliac artery, External Iliac vein

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- ป้องกันและแก้ไขการเสียเลือดได้ทันเวลาที่

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดไม่เกิน 500 ซี.ซี.
- ความดัน โลหิต ไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจไม่เกิน 100 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ ใหมสำหรับผูกเส้นเลือด และเครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องจี้ดัดซิลปิดเส้นเลือด Ligasure vessel sealing device ไว้ให้พร้อม
2. ตรวจสอบการเตรียมเลือดของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร ให้พร้อมใช้ตามความต้องการของแพทย์
3. สังเกตจุดที่มีเลือดออกและช่วยแพทย์ในการห้ามเลือดในทุกขั้นตอน
4. บันทึกจำนวนการสูญเสียเลือดระหว่างการผ่าตัด
5. ตรวจเช็คสัญญาณชีพขณะผ่าตัดจากวิสัญญีพยาบาล

การประเมินผล

- ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดประมาณ 700 ซีซี แผลไม่มีเลือดซึม ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/70 -160/110 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 80 - 100 ครั้งต่อนาที

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Post -operative care)

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยลดความเจ็บปวดลง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลงหรือหายปวดแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายผู้ป่วยให้ทราบถึงระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก เมื่อหมดฤทธิ์ยาระงับความรู้สึกจึงทำให้

ปวดแผลผ่าตัดได้

2. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่า Fowler's position เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัวลดการดึงปวดของแผลผ่าตัด

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Morphine 3 mg เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง prn และ Paracetamol 500 mg 2 tab รับประทาน ทุก 6 ชั่วโมง

4. สอนและแนะนำการหายใจและการไอที่ถูกต้อง เพื่อลดความเจ็บปวด โดยเอามือประคองแผลเมื่อมีการไอหรือจามช่วยลดการสั่นสะเทือนของแผลผ่าตัด

การประเมินผล

- ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดน้อยลง พักผ่อนได้มากขึ้น
- ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น pain score = 0

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองเชิงกราน ระหว่างการผ่าตัดมดลูก ซึ่งต้องมีการเลาะตัดอย่างระมัดระวังไม่ให้บาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง โดยเฉพาะท่อไต กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ใหญ่ การเลาะตัดต่อมน้ำเหลืองเป็นตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการหนีขาดของหลอดเลือด External-Internal Iliac artery, External Iliac vein , Obturator nerve ต้องใช้ความชำนาญและทักษะ ในการเตรียมและช่วยผ่าตัดอย่างถูกต้อง พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีความเหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วย และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย เช่น การหนีขาดของหลอดเลือด External-Internal Iliac artery, External Iliac vein เป็นต้น เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น แม้จะมีความยุ่งยากก็สามารถแก้ไขได้ทันที ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองเชิงกรานอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

วิจารณ์

การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ด้วยวิธีผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองเชิงกราน พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีความรู้ความสามารถ ในการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีความเครียดทั้งจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และจากภาวะที่ต้องถูกตัดมดลูกออก พยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องอธิบายและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติตัว เพื่อคลายความเครียด เตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัด เพราะการผ่าตัดชนิดนี้มีความเสี่ยงต่อการเสียเลือด และบาดเจ็บต่ออวัยวะในเชิงกรานสูง ถ้ามีการเตรียมความพร้อม

ที่ดี ทั้งอุปกรณ์เครื่องมือและบุคลากร จะช่วยให้การผ่าตัดราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีโครงการอบรมให้ความรู้ เพิ่มพูนทักษะ ความชำนาญแก่พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีความเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น

2. ควรมีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัวและดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อการเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่องในทุกแผนการรักษาของแพทย์

สรุป

ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกราน ระหว่างการผ่าตัดมดลูก ต้องมีการเลาะตัดอย่างระมัดระวังไม่ให้เกิดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง ต้องใช้ความชำนาญในการผ่าตัดและช่วยผ่าตัดอย่างมาก ตลอดจนต้องมีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่มีความเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น แม้จะมีความยุ่งยากก็สามารถแก้ไขได้ทันทั้งที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดมดลูกและเลาะต่อมน้ำเหลืองอุ้งเชิงกรานอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

บรรณานุกรม

จิตพลศรี สมบูรณ์ บรรณาธิการ. มะเร็งวิทยานรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์ : 2540.

จินดา อุไรรัตน์. การพยาบาลนรีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์ : 2543

ญาดา ตั้งชนาธิกุล. การตัดมดลูกและการตัดปีกมดลูก. ใน : เสวก วีระเกียรติ, และสฤตพรณ วิไลลักษณ์. บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ : 2548.

จิตติพร อิกถาวรวงศ์. การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์ : 2541.

ธีระ ทองสงและคณะ. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). กรุงเทพฯ : พีบี ฟอเรนบ็ุกส์เซ็นเตอร์, 2539.

นันทนา ธนาโนวรรณ. ตำราการพยาบาลนรีเวช. กรุงเทพฯ : วี พรินท์ (1991): 2553

นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

ปัทมา พรหมสนธิ และ เสวคนธ์ อัจฉิมากร. การประเมินก่อนผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัด. ในเสวกวีระเกียรติ และ สฤตพรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ : 2548. หน้า 51-63.

พัฒน์ กุ่มทวีพร. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ : ฮายาสะกราฟฟิค :: 2553.

สุจิต ผ่องสวัสดิ์และคณะ. นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.

เสวก วีระเกียรติ. บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2548.

ศิวาลย์ ธนภัทรและคณะ. เซลล์วิทยา-นรีเวช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นิวไวก์ จำกัด, 2534.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้อง

กรรณิกา ตริษฏารุ่งเรือง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพยาบาลพุทธโสธร

บทนำ

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือของประเทศไทย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะพบได้ประมาณร้อยละ 1-20 ของประชากร โดยพบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ช่วงอายุที่พบได้บ่อย คือ อายุประมาณ 40-60 ปี และพบว่า คนอ้วนมีโอกาสเป็นนิ่วสูงกว่าคนผอม นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมและภูมิประเทศที่มีลักษณะร้อนและแห้งแล้ง พบอุบัติการณ์เป็นนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะสูงขึ้น

จากสถิติของโรงพยาบาลพุทธโสธร มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2564 มีจำนวน 271 , 296 และ 157 รายตามลำดับ และได้รับการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้องเป็นจำนวน 44 , 84 และ 54 รายตามลำดับ ซึ่งการรักษาการอุดกั้นในระบบทางเดินปัสสาวะมีการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย และพยาบาลต้องใช้อรรถาธิบายความรู้ให้การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงต้องพัฒนาความรู้และทักษะความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ

ส่วนประกอบของนิ่ว

นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะมีส่วนประกอบหลัก 2 ส่วน คือ crystal กับ matrix ซึ่ง matrix จะมีน้ำหนักเพียงร้อยละ 25 ของก้อนนิ่วทั้งหมด

ชนิดของนิ่ว

นิ่วชนิด Calcium ที่พบบ่อยคือ นิ่วที่เกิดจาก Calcium oxalate ร้อยละ 60 เกิดจาก Calcium hydroxyl apatite ร้อยละ 20 เกิดจาก Calcium brushite ร้อยละ 2

นิ่วชนิดไม่ใช่ calcium ที่พบบ่อยคือ นิ่วที่เกิดจาก Uric acid ร้อยละ 7 เกิดจาก struvite ร้อยละ 7 เกิดจาก cystine ร้อยละ 1-3 ส่วนนิ่วที่เกิดจาก silica พบได้น้อยมาก

ความหมาย

นิ่วในทางเดินปัสสาวะ (Urinary calculi หรือ Urinary stones) เกิดจากการรวมตัวของผลึกของสารประกอบที่มีอยู่ในปัสสาวะ น้ำปัสสาวะประกอบด้วยเกลือฟอสเฟต หรือ คาร์บอเนต ของแคลเซียม แมกนีเซียม หรือ แอมโมเนีย กรดยูริก แคลเซียมออกซาเลต ซีสทีน แซนทีส ตามปกติ น้ำปัสสาวะละลายผลึกเหล่านี้ไว้ได้มากจนถึงจุดอิ่มตัวเพราะในปัสสาวะมี Prostective Colloid ดังนั้นถ้าไม่มีความสมดุลของสารผลึกกับสารคอลลอยด์ ก็จะมีการรวมตัวตกผลึกเป็นนิ่ว ปัจจัยเสี่ยงคือมีปริมาณสารต่างๆ มากเกินไปในน้ำปัสสาวะ คือน้ำน้อย และความเป็นกรดด่างของน้ำปัสสาวะ

นิ่วในท่อไต (Ureteral stone) ส่วนใหญ่เกิดจากนิ่วในไตหลุดลงมา และตกผ่านลงมาในท่อไต ถ้ามีการอุดกั้นเป็นเพียงบางส่วน ท่อไตจะบีบตัวดันก้อนนิ่วและน้ำปัสสาวะให้ผ่านลงไป ถ้าก้อนนิ่วอุดกั้นท่อไตจะมีผลทำให้ท่อไตและไตโป่งพอง (hydronephrosis) และถ้าทิ้งไว้ทำให้ไตสูญเสียหน้าที่ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น จำเป็นต้องทำการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

อาการและอาการแสดง

1. มีอาการปวดเฉียบพลัน ลักษณะอาการปวดจำเพาะคือ ปวดบริเวณเอวด้านหลังร้าวมาทางด้านหน้าและลงมาถึงหน้าขา อัมชะ หรือที่ Labia อาการปวดรุนแรงและผู้ป่วยจะไม่อยู่นิ่ง จะมีอาการปวดตื้อที่บริเวณเอวด้านหลัง (Costovertebral angle) ด้วย เนื่องจากมี hydronephrosis เฉียบพลัน นอกจากนั้นอาการปวดจะเลื่อนลงตัวตามการเคลื่อนลงของนิ่ว เมื่อนิ่วอยู่ในท่อไตส่วนล่างใกล้จะเข้ากระเพาะปัสสาวะ
2. ปวดถ่ายปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะเป็นเลือด สีเข้ม
3. มีอาการคลื่นไส้อาเจียน หรือมีไข้ต่ำๆ

ภาวะแทรกซ้อน

หากไม่ได้รับการรักษาหรือนิ่วเกิดการหลุดอุดกั้นทางเดินปัสสาวะอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง จะทำให้ไตสูญเสียหน้าที่การทำงานและเกิดภาวะไตเสื่อมจากการติดเชื้อได้

สาเหตุส่งเสริมการเกิดนิ่ว

1. การกั่งค้างของน้ำปัสสาวะ การติดเชื้ของทางเดินปัสสาวะ

2. ความเข้มข้นของปัสสาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะดื่มน้ำน้อยเกินไป เสียน้ำมาก เช่น เหงื่อออกมาก มีการเพิ่มของเกลือที่เป็นคริสตัลลอยคีนน้ำปัสสาวะมากขึ้น ได้แก่ เกลือแคลเซียม เกลือออกซาเลต ซีสทีน แชนทีน กรดยูริก และการขาดวิตามินเอ

3. การเปลี่ยนแปลงในภาวะกรดและด่างของปัสสาวะ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด ผักผลไม้ทำให้ปัสสาวะเป็นด่าง

4. สิ่งแปลกปลอมที่มีอยู่ในทางเดินปัสสาวะจะเป็นแกนกลางให้ตะกอนมาจับเป็นก้อนนิ่วได้ เช่น การสวนคาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น ขาดสารพวกอโรเฟส ซึ่งมีหน้าที่ลดแคลเซียมในปัสสาวะ กรรมพันธุ์

5. สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ดินฟ้าอากาศ และเชื้อชาติ

การตรวจวินิจฉัย

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย สอบถามรายละเอียดของอาการที่เกิดขึ้น อาการของผู้ป่วยส่วนมากคือมีอาการปวดเฉียบพลัน ลักษณะการปวดที่จำเพาะคือปวดบริเวณด้านหลัง ร้าวมาทางด้านหน้า ต่อมาร้าวลงมาถึงหน้าขา อั้นๆ หรือที่ Labia ไม่ว่าผู้ป่วยจะอยู่ท่าใดก็ไม่คลายอาการปวด อาการปวดจะอยู่นานเป็นชั่วโมง จะมีอาการปวดตื้อๆ ที่บริเวณเอวด้านหลัง (costovertebral angle)

2. การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ(Urine Analysis) พบมีเม็ดเลือดแดง หรือการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ

3. การทำอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อสร้างผลของอวัยวะในร่างกาย ช่วยวินิจฉัยโรคนี้ในท่อไต

4. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography : CT Scan) คือ การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งจะฉายรังสีเอกซเรย์ตามร่างกายในบริเวณที่ต้องการตรวจ และใช้คอมพิวเตอร์สร้างเป็นภาพฉายลักษณะและอวัยวะในร่างกาย ช่วยในการตรวจภาวะแทรกซ้อนของนิ่วในท่อไต

5. การตรวจโดยการถ่ายภาพรังสีธรรมดา (Plain KUB System) เพื่อดูรูปร่าง ลักษณะ ตำแหน่งของผลึกหรือก้อนนิ่ว ส่วนมากนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 90) เป็นนิ่วชนิดทึบรังสี ซึ่งการเป็นการตรวจเบื้องต้นที่มีประโยชน์มาก แต่มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถตรวจนิ่วแบบไม่ทึบรังสีได้

6. การตรวจด้วย Intravenous pyelography (IVP) เป็นวิธีตรวจโดยการฉีดสารทึบแสงเข้าไปในกระเพาะเลือดเพื่อให้ขับออกทางไต แล้วทำการเอกซเรย์เป็นระยะ แพทย์สามารถเห็นตำแหน่งและความรุนแรงของการอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะ มีข้อจำกัดในการทำ ในกรณีที่ภาวะกรวยไตอักเสบหรือ ขณะมีอาการปวดเฉียบพลันไม่ควรทำ

7. การตรวจด้วย Retrograde pyelography (RP) เป็นการตรวจโดยฉีดสารทึบแสงผ่านรูเปิดท่อไตขึ้นไปเพื่อประเมินกายวิภาคของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบน

การรักษา

1. การรักษาประคับประคอง

นิ่วในท่อไตซึ่งมีขนาดเล็กกว่า 5 มิลลิเมตรและไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ส่วนใหญ่จะหลุดได้เองกับน้ำปัสสาวะ โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ ได้รับยาแก้ปวดที่เหมาะสมให้ออกกำลังกายตามปกติ ติดตามอาการผู้ป่วยโดยทำเอกซเรย์เป็นระยะๆ (Plain KUB) อัลตราซาวด์ หรือ Intravenous pyelography(IVP)

2. การใช้ยาละลายนิ่ว ในกรณีที่ป็นนิ่วกรดยูริก เช่น Uralyt-U และ rowatinex ใช้ละลายนิ่วพวกแคลเซียม เป็นต้น

3. การสลายนิ่ว (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy : ESWL) เป็นการใช้คลื่นความถี่สูงที่มีพลังงานสูงส่งผ่านผิวหนังเข้าไปหาก้อนนิ่ว เพื่อการกระแทกก้อนนิ่วให้แตกเป็นเศษนิ่วและหลุดปนกับน้ำปัสสาวะ

4. การรักษาทางศัลยกรรม โดยการทำผ่าตัดเปิดแผลทางท่อไตและการผ่าตัดส่องกล้องทางท่อไต

4.1 การผ่าตัด Utero lithotomy คือ การผ่าตัดเข้าไปที่ท่อไตแล้วเอานิ่วออก เป็นการผ่าตัดที่ทำมานานและได้ผลดี ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด คือ ตกเลือด น้ำปัสสาวะกั่งค้าง มีรูทะลุเข้าไปในทางเดินปัสสาวะท่อไตตีบแคบ

4.2การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Uretero renolescope lithotripsy) เป็นการส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะจนถึงท่อไต และใช้เลเซอร์ยิงนิ่วให้แตกเป็นผงออกมากับน้ำปัสสาวะ ผู้ป่วยไม่มีแผลผ่าตัดฟื้นตัวเร็วและกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

1. ภาวะไตวายเฉียบพลันซึ่งเกิดจากการอุดตัน
2. ภาวะติดเชื้อเฉียบพลันซึ่งคุกคามต่อชีวิต หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะใน 24 ชั่วโมง
3. ขนาดของนิ่วใหญ่กว่า 5 มิลลิเมตรขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงที่ไตคือ มี hydronephrosis

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดโดยการส่องกล้องในท่อไต**(Uretero renolescope lithotripsy : URSL)**

1. ปัสสาวะปนเลือด อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการส่องกล้องแต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยรุนแรงและจะหยุดเองภายใน 24 ชั่วโมง

2. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อาจพบได้เนื่องจากมีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในระบบทางเดินปัสสาวะ

3. นิ้วถูกกระแทกย้อนขึ้นไปยังระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนบน (Stone repulsion) ทำให้ไม่สามารถนำนิ่วออกได้

4. Ureteral perforation การเกิดรอยทะลุของท่อไต อาจเกิดจากการใส่อุปกรณ์ guide wire หรือ การกระแทกนิ่ว ทำให้นิ่วทะลุออกไปอยู่นอกท่อไต เรียกว่า stone extrusion

5. Ureteral avulsion ท่อไตฉีกขาดมักเกิดจากการที่ใช้เครื่องดึงเอานิ่วขนาดใหญ่ออกด้วยแรงดึงที่มากเกินไป หากเกิดภาวะนี้แพทย์จะทำการผ่าตัดแบบเปิดเพื่อซ่อมแซมส่วนที่ฉีกขาด

6. Ureteral stricture เป็นภาวะที่เกิดหลังการส่องกล้อง หลังมีการบาดเจ็บที่ท่อไตทำให้เกิดพังผืดและท่อไตตีบตามมา

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยใช้กล้อง (Uretero renolescope lithotripsy : URSL) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ
การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

1. สร้างความสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยโดยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจและรับฟังปัญหา

2. ตรวจสอบแฟ้มประวัติตรงกับผู้ป่วย การเซ็นยินยอมในการรักษาผ่าตัด ยาปฏิชีวนะ และอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการผ่าตัด

3. ประเมินสภาวะของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพ

4. อธิบายขั้นตอนการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero renolescope lithotripsy: URSL) และการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด

5. ตรวจสอบการดื่มน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน โดยทั่วไป 6-8 ชั่วโมง และการสวนอุจจาระก่อนมาทำการผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

1. ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตลอดระยะขั้นตอนการผ่าตัด หลังจากผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว อธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนทำกิจกรรมใดๆ

เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและไม่ตกใจกลัว

2. ดูแลผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นโดยการคลุมผ้าหรือผ้าห่มความร้อน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ (Hypothermia) ในระหว่างการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero renolescope lithotripsy:URSL)

3. ดูแลความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้ป่วย การจัดท่าขึ้นขาหยั่ง (Lithotomyposition)โดยผู้ป่วยนอนหงายก้นชิดขอบเตียง ยกขาทั้งสองข้างพร้อมๆกัน วางบนขาหยั่งซึ่งมีเบาะรองรับได้หัวเข่าและน่อง เพื่อป้องกันการกดทับของเส้นเลือดและเส้นประสาท sciatic nerve

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการติดเชื้อตลอดขั้นตอนการผ่าตัด

4.1 ดูแลสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดให้สะอาดและรักษาสภาวะปลอดเชื้อตลอดเวลาในการผ่าตัด

4.2 ดูแลการทำความสะอาดผิวหนังบริเวณอวัยวะส่วนที่จะทำการผ่าตัด โดยนํายา Providine scrub แล้วทาด้วยนํายาฆ่าเชื้อ Providine solution ปูผ้าที่ปราศจากเชื้อ คลุมผู้ป่วยโดยเปิดบริเวณที่จะทำการผ่าตัด

4.3 ดูแลเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ ติดตั้งอุปกรณ์ปราศจากเชื้อเข้ากับเครื่องอุปกรณ์ควบคุมภายนอก แล้วทดสอบความพร้อมการทำงานของอุปกรณ์ทุกตัว และได้ดำเนินการผ่าตัด

5. ดูแลความสะอาดร่างกายผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero renolescope lithotripsy:URSL)

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. ประเมินสภาพร่างกาย ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย และติดตามการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ตรวจสอบชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต และภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าขาหยั่ง

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือด และยาฆ่าเชื้อ (Antibiotic) ตามการรักษา

3. สังเกตการขับถ่ายปัสสาวะอาจมีเลือดปน แต่ส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและจะหยุดเองภายใน 24 ชั่วโมง

4. สังเกตการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไป หรือบางครั้งแพทย์พิจารณาใส่สายระบายน้ำปัสสาวะจากไตสู่กระเพาะปัสสาวะ (Doble-J stent) เพื่อระบายปัสสาวะและเลือด ลดการติดเชื้อและท่อไตตีบ

5. ให้การพยาบาลผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำอีก ดังนี้

5.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดื่มน้ำมากๆ และแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี เพื่อให้มีปัสสาวะออกมามากๆ จะพาตะกอนนี้ของเสียและเชื้อโรคออกมา

5.2 อธิบายให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และหลีกเลี่ยงอาหารบางประเภทที่ทำให้เกิดนิ่วได้ เช่น นิ่วชนิด Calcium oxalate ไม่ควรรับประทานผักใบเขียว ยอดผัก อาหารที่มีแคลเซียมออกซาเลตมาก นม เนย กุ้ง โยเกิร์ต หอยนางรม หน่อไม้ ผักขม ชะพลู ชา กาแฟ

นิ่วชนิด Calcium phosphate หลีกเลี่ยงอาหารจำพวกแคลเซียมสูง

นิ่วชนิด Uric acid ควรหลีกเลี่ยง เนื้อสัตว์ เครื่องใน ของหมักดองที่ใช้ยีสต์

6. สังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเกิดจากก้อนนิ่วอุดตัน เช่น ปวดหลัง ปัสสาวะแสบขัด มีเลือดปน มีไข้สูง ต้องมาพบแพทย์

7. อธิบายให้ผู้ป่วยรับประทานยาปฏิชีวนะตามการรักษา เพื่อรักษาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

8. แนะนำผู้ป่วยให้มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการตกตะกอนจับตัวเป็นก้อนนิ่ว

9. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจสุขภาพหลังผ่าตัด และติดตามเอาสายระบายน้ำปัสสาวะจากไตลงกระเพาะปัสสาวะ (Double-J stent) ออกจากร่างผู้ป่วย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 36 ปี สถานะภาพโสด อาชีพ รับจ้าง ผิวเหลือง รูปร่างสูงใหญ่ท้วม เข้ารักษาในโรงพยาบาล 5 กรกฎาคม 2565 ด้วยอาการ ปวดท้องล่างขวา ปวดตื้อๆ ราวไปหลัง ไม่มีปวดถ่ายตำแหน่ง มีไข้หนาวสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง ไม่มีท้องเสีย สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/72 มิลลิเมตรปรอท

วันที่รับไว้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero reno-scope lithotripsy: URSL) วันที่ 10 กรกฎาคม 2565 เวลา 10:00 น. - 11:00 น. วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 เวลา 8:45 น. - 11:00 น. วันที่ 12 กรกฎาคม 2565 เวลา 10:00 น. - 11:00 น. รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง 15 นาที

อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านล่าง ปวดตื้อๆ มีไข้ เบื่ออาหาร มีคลื่นไส้ อาเจียน 1 วัน

ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อนมา โรงพยาบาล ปัสสาวะบ่อย แสบขัด 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องด้านล่าง ปวดตื้อๆ ราวไปหลัง ไม่มีปวดถ่ายตำแหน่ง วันนี้มีไข้ หนาวสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน 3 ครั้ง ไม่มีท้องเสีย จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 5 กรกฎาคม 2565 ตรวจปัสสาวะพบ Protein 1+, Blood 3+ Red Blood Cell Urine 20-30 Cell (s) HPR, White Blood Cell Urine 20-30 Cell(s) HPR, Squamous epithelial cell 2-3 cell (s) HPR ตรวจเลือดพบ White Blood Cell count 12,350 cells/cumm Hemoglobin 11.2 g/dl Hematocrit 35% Neutrophil 75%

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง 5 กรกฎาคม 2565 พบ Rt proximal ureteric stone size 1.2 x 0.8 cm, Rt Caliceal renal stone size 0.3 cm at Rt lower pool, Lt caliceal renal size 0.3 cm at left upper pool

Impression: Rt proximal UC, causing Rt obstructive uropathy Bilateral caliceal renal stone การวินิจฉัยของแพทย์ นิ่วในท่อไตส่วนต้น (Rt proximal ureteric stone)

การผ่าตัด 11 กรกฎาคม 2565 : การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Ureterorenoscopy lithotripsy : URSL)

ระยะก่อนผ่าตัด

วันที่ 10 กรกฎาคม 2565 รับใหม่จากตึกผู้ป่วยนอก มาโดยรถนอนเข้ารักษาที่ตึกสมเด็จฯ ชั้นสามให้ประวัติว่า 1 สัปดาห์ก่อนมา รพ. ปัสสาวะบ่อย แสบขัด 1 วันก่อนมา รพ. ปวดท้องข้างขวา ปวดตื้อๆ ราวไปข้างหลัง ไม่มีถ่ายตำแหน่ง มีไข้ หนาวสั่น เบื่ออาหาร สัญญาณชีพแรกพบ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน 137/72 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจปัสสาวะ พบว่ามี Red Blood cell Urine 20-30 cell (s) HPR และ ผล CT Abdomen พบว่า Rt proximal ureteric stone size 1.2 x 0.8 เซนติเมตร, causing Rt obstruction Uropathy Bilateral caliceal renal stone, Rt renal stone size 0.3 เซนติเมตร, Lt renal stone size 0.3 เซนติเมตร แพทย์ วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อไตส่วนต้นนัดทำผ่าตัดนิ่วในท่อไต โดยการส่องกล้อง (Uretero reno-scope lithotripsy : URSL)

ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดภายใต้การรับรู้สติทั่วร่างกาย ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 เวลา Time Follow เข้า ดูแลตรวจเยี่ยมผู้ป่วยและเตรียมก่อนผ่าตัดที่ตึกสมเด็จย่าขึ้นสามวันที่ 10 กรกฎาคม 2565 เวลา 10.00 น.-11.00 น. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการประเมินและแนะนำขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และการดูแลตัวเองหลังผ่าตัด อธิบายสภาพของโรค และแนวทางการรักษาในครั้งนี้ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรวมจ่ายจากการผ่าตัดผ่านกล้อง ผู้ป่วยรับฟังซักถามเป็นระยะ และยอมรับการผ่าตัดและคลายความกังวล

ระยะผ่าตัด

วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 เวลา 8.45น.-11.00 น

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดัน 135/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการเตรียมความพร้อมสำหรับผ่าตัด ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5 % D/N/2 1000 มิลลิตร อัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา 08.45 น. พยาบาลประจำห้องผ่าตัดรับผู้ป่วย พอดูสอบถามอาการและชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตรงกับแฟ้มประวัติ ตรวจสอบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและใบยินยอมเข้ารับการผ่าตัด ยาปฏิชีวนะย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที มีขาน time out ชื่อ-นามสกุลการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมอุปกรณ์ในการผ่าตัดให้ทีมผ่าตัดรับทราบ เมื่อทีมวิสัญญีระบับความรู้สึกด้วยวิธึดมยาสลบ (General anesthesia) เรียบร้อยแล้ว ดูแลจัดทำผู้ป่วยขึ้นขาหยั่งโดยการให้บุคลากร 2 คนยกขา 2 ข้างขึ้นพร้อมกันวางบนขาหยั่งดูแลตรวจผู้ป่วยไว้กับขาหยั่งเพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนและการกดทับเส้นประสาท sciatic nerve และทำการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero renolescope lithotripsy) ตรวจเช็คความเรียบร้อยของเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษและกล้องส่องท่อไตพร้อมใช้งาน ขณะผ่าตัดพบก้อนนิ่วขนาดใหญ่และแข็งอยู่ส่วนต้นของท่อไต ทำให้การผ่าตัดยากลำบากเพื่ออำนวยความสะดวกและลดระยะเวลาการผ่าตัดจัดเตรียมอุปกรณ์เพิ่มได้แก่ Blouse น้ำ, guid wire ชนิดต่างๆ, Basket stone, Double-J stent ขนาดต่างๆ ดูแลปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดไม่ให้ต่ำกว่า 20 องศาเซลเซียสเพื่อควบคุมการกระจายเจริญเติบโตของเชื้อโรคในห้องผ่าตัด ดูแลปรับระดับความแรงของเลเซอร์ให้เหมาะสมกับนิ่วให้แตกเป็นผง

ดูแลสารน้ำเกลือที่ใช้ระหว่างการผ่าตัดนิ่วในท่อไต โดยการส่องกล้องไหลผ่านกล้องตลอดเวลา ตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สอดใส่เข้าไปในตัวผู้ป่วยให้ครบทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเสร็จจากการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (URSL) ท่อไตมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่และบวมมาก ดูแลประกอบสายระบายน้ำปัสสาวะจากไตลงกระเพาะปัสสาวะ (Double-J stent) ตรวจสอบการใช้งานเรียบร้อยดีแล้วส่งอุปกรณ์พร้อมกล้องส่องกระเพาะปัสสาวะ (Cysto scope) ให้แพทย์ใส่สาย Double-J stent ไว้ในท่อไตของผู้ป่วยก่อนเพื่อป้องกันการอุดตันของนิ่วในท่อไต ดูแลสายสวนปัสสาวะ มีปัสสาวะสีเหลืองปนเลือดประมาณ 5 ซีซี น้ำปัสสาวะ 300 ซีซี หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีปัสสาวะสีแดงเข้ม ไม่มีอุดตันของน้ำปัสสาวะ จากการตรวจร่างกายโดยทั่วไปสามารถยกขาทั้งสองข้างได้ ไม่มีข้อสะโพกเคลื่อน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.8 ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดัน 125/75 มิลลิเมตรปรอท ดูแลความสะอาดเช็ดตัวใส่เสื้อผ้าและห่มผ้าให้ความอบอุ่นกับผู้ป่วยเรียบร้อย ทีมผ่าตัดเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด ตั้งแต่วันที่ 08.45-11.00 น. เป็นเวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที

ระยะหลังผ่าตัด

วันที่ 12 กรกฎาคม 2565 เวลา 10.00-11.00 น. ติดตามตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยประกันสังคม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พอดูสัญญาณชีพ ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีตะกอนปนออกมา เดินได้ตามปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดัน 12/70 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้การพยาบาลแนะนำการดื่มน้ำมากๆ น้ำจะมีหลุดออกมากับน้ำปัสสาวะ ไม่มีการเลื่อนหลุดของสาย Double-J stent ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดและลดไข้ตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ไม่มีไข้ ปัสสาวะสีเหลืองใส สามารถพักผ่อนนอนหลับและรับประทานอาหารได้ตามปกติ แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างเคร่งครัดเพื่อเอาสาย Double-J stent ออกจากร่างกาย ถ้าปล่อยทิ้งไว้เกิน 3 เดือนจะมีหินปูนมาเกาะเป็นนิ่วได้และต้องทำผ่าตัดซ้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในท่อไตครั้งแรก

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง(Uretero renoscopy lithotripsy : URSL)

เกณฑ์การประเมินผล

1. สิ้นหน้วิตกกังวลน้อยลง ยิ้มแย้มแจ่มใส
2. สามารถอธิบายการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้คร่าวๆ
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เชิญผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยพร้อมทั้งแนะนำตัวและวัตถุประสงค์การเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และสร้างความมั่นใจตลอดจนความรู้สึกลดลง ด้วยทำที่อบอุ่น และยอมรับความเป็นบุคคล
2. ประเมินพื้นฐานความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการกำหนดแผนการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือ
4. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัดที่จะได้รับตลอดถึงวิธีและผลของยาาระงับความรู้สึกที่จะได้รับ ด้วยคำพูดที่ชัดเจน
5. เปิดโอกาสให้ซักถาม หรือพุดระบยความรู้สึกกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่จะเกิดขึ้น
6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง การปฏิบัติตัวต่อการผ่าตัดถูกต้องตามแผนการรักษาคือ

- การงดน้ำและอาหารทุกชนิด ตั้งแต่หลังเที่ยงก่อนการผ่าตัด เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหารว่าง ป้องกันการสำลักอาหารเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ (Aspirate pneumonia) เนื่องจากผู้ป่วยต้องได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
- ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปและการเปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- ถอดเครื่องประดับและของมีค่าทุกชนิด รวมทั้งของที่เป็นสื่อไฟฟ้าออก เพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส นอนหลับพักผ่อนได้ มีความวิตกกังวลลดลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกขั้นตอนและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 : เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการใช้กล้อง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยรับการผ่าตัดด้วยการใส่เครื่องมือเข้าไปในระบบทางเดินปัสสาวะ

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน :

1. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะสีใส ไม่มีขุ่น หรือมีตะกอน
3. ไม่มีอาการปวดบั้นเอว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วย เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดของห้องผ่าตัด และทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด
2. ดูแลอุปกรณ์กล้องส่องท่อไต (Ureterscope : URS) กล้องส่องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscope) พร้อมอุปกรณ์พิเศษต่างๆ ที่ประกอบกล้องส่องท่อไตที่จะใช้ในการผ่าตัดนิ่วในท่อไต ทำการปราศจากเชื้อโดยการแช่น้ำยาฆ่าเชื้อ Cidex OPA เป็นเวลา 15 นาที และตรวจสอบพร้อมใช้ในการผ่าตัด
3. ดูแลตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยผ่านกระบวนการปราศจากเชื้อและเก็บรักษาถูกต้องตามมาตรฐาน ตรวจสอบวันผลิต และวันหมดอายุบนหีบห่อ พร้อมทั้ง Indicator ที่บอกว่าได้ผ่านขบวนการปราศจากเชื้อแล้ว
4. ดูแลความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด ฟอกทำความสะอาดผิวหนังและทาน้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล
5. ดูแลตรวจสอบและติดตามให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ก่อนการผ่าตัด 30 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/85 มิลลิเมตรปรอท
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดบั้นเอว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 : มีโอกาสเกิดสิ่งของตกค้างในแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : 1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Uretero renoscopy lithotripsy : URSL ซึ่งเป็นการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง

ขณะผ่าตัดมีการใช้เครื่องมือขนาดเล็กและบอบบาง

2. ในการผ่าตัดผ่านกล้อง มีการนำวัสดุทางการแพทย์ที่เป็น single used มาใช้ reused

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่มีสิ่งของตกค้างในแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : จำนวนวัสดุอุปกรณ์หลังผ่าตัดครบถ้วน
กิจกรรมพยาบาล

1. ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
2. ตรวจสอบสภาพความสมบูรณ์ของเครื่องมืออุปกรณ์ก่อนใช้งานและหลังใช้งานทุกครั้ง
3. ไม่นำเครื่องมืออุปกรณ์ที่ชำรุดหรือเน่าไหม้อาจชำรุดมาใช้

4. ขณะส่งผ่าตัดหากสังเกตว่ามีสิ่งแปลกปลอมในจอเครื่อง Monitor ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ทันทีเพื่อเอาออกจากตัวผู้ป่วย

การประเมินผล จำนวนวัสดุอุปกรณ์หลังผ่าตัดครบถ้วนและคงสภาพสมบูรณ์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเคลื่อนของข้อสะโพกและการกดทับเส้นประสาท Sciatic nerve จากการจัดท่าขึ้นขาหยั่ง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero reno-scope lithotripsy : URSL) โดยได้รับยาระงับความรู้สึกชนิดที่ทำให้หมดความรู้สึกทั้งร่างกายวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 จัดท่าขึ้นขาหยั่งในการผ่าตัด URSL

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการจัดท่าขาหยั่ง ไม่มีข้อสะโพกเคลื่อน ไม่ชาขาและเท้าไม่ตกทั้ง 2 ข้าง

เกณฑ์การพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีข้อสะโพกเคลื่อนและไม่ชาขาเท้าไม่ตกทั้ง 2 ข้างจากการจัดท่าขึ้นขาหยั่ง

กิจกรรมพยาบาล

1. ดูแลติดตั้งอุปกรณ์ขาหยั่งทั้ง 2 ข้าง ให้ระดับสูงและการออกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ดัดยึดให้แน่น ตรวจสอบความแข็งแรงและพร้อมใช้งาน
2. ดูแลยกขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยขึ้นพร้อมๆ โดยต้องใช้เชือกคล้อง 2 คนยก ปฏิบัติด้วยความนุ่มนวลช้าๆ การกางขาไม่ควรเกิน 45 องศา และรัดขาทั้ง 2 ข้างกับขาหยั่งถ้ากางสะโพกมากเกินไป มีผลกับเส้นประสาท sciatic nerve ทำให้เกิดภาวะเท้าตกได้

3. หลังจากผ่าตัดเสร็จแล้ว ดูแลยกขาทั้ง 2 ข้างลงพร้อมกัน โดยค่อยๆ ประคองที่ข้อเข่าและข้อสะโพก ค่อยๆ ยกลงอย่างช้าๆ เนื่องจากขณะผ่าตัดการขึ้นขาหยั่งมีผลทำให้มีเลือดมาเลี้ยงบริเวณลำตัวอยู่มาก หากนำขาลงเร็วเกินไปจะทำให้

เกิดความดันโลหิตต่ำได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีข้อสะโพกเคลื่อนและไม่ชาขา เท้าไม่ตกทั้ง 2 ข้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน :

1. ในระหว่างผ่าตัดอุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ที่ช่วง 18-20 องศาเซลเซียส

2. การผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง Uretero reno-scope lithotripsy : URSL มีการใช้ 0.9% NSS เป็นสารน้ำเข้าภายในกระเพาะปัสสาวะและท่อไตอยู่ตลอดเวลาการทำผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล : 1. สัมผัสตัวผู้ป่วยอุ่น ไม่มีอาการหนาวสั่น

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90-120/60-80 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติ เปิดผิร่างกายผู้ป่วยเท่าที่จำเป็น บริเวณที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ดูแลห่มผ้าห่มลมร้อนในอุณหภูมิพอเหมาะ
2. ดูแลอุ่นสารน้ำ 0.9% NSS ในตู้อุ่นอุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส นำมาใช้ในการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง

3. ดูแลเปิดเครื่องปรับอากาศก่อนเสร็จผ่าตัดอย่างน้อย 10 นาที

4. ดูแลเช็ดร่างกายผู้ป่วยให้แห้งสะอาดและแต่งตัวใส่เสื้อผ้าให้เรียบร้อย

5. ดูแลห่มผ้าให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น สัมผัสตัวผู้ป่วยอุ่น
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/75 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง

ข้อมูลสนับสนุน : 1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลและสีหน้า

ไม่สุขสบาย หน้ามืดเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ pain score 5 คะแนน

2. ผู้ป่วยนอนไม่หลับ

เป้าหมายการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง ได้รับความสุขสบายเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมิน :

1. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น และปวดแผลลดลง หรือ pain score น้อยกว่า 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้ พลิกตะแคงตัวหรือลุกนั่งได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วย ใช้มาตราวัดความเจ็บปวด pain score ตั้งแต่ 1-10
2. ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บปวด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล บุคลิก ประสบการณ์จากการเจ็บปวด และผลกระทบของความเจ็บปวดต่อแบบแผนสุขภาพ
3. สร้างสัมผัสที่ดีต่อผู้ป่วย พูดยาปลอมโยนและเชื่อว่าผู้ป่วยมีอาการปวดจริง แสดงท่าที่ยอมรับ ปฏิบัติยาตอบสนองต่อความเจ็บปวดของผู้ปวด
4. แนะนำผู้ป่วยถึงการขอรับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ Morchine 3 mg นิดเข้าเส้นเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง หรือ PRN

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลทุเลาลง สีหน้าสดชื่น
2. ระดับ pain score 2 คะแนน
3. ผู้ป่วยสามารถหลับพักผ่อนได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 36 ปี รูปร่างสูงใหญ่ท้วม มาด้วยอาการปัสสาวะแสบขัด ปวดตื้อๆ มีไข้หนาวสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน สัญญาณชีพแรกพบ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/72 มิลลิเมตรปรอท ผลตรวจปัสสาวะ Protein 1+, Blood 3+ ReBlood Cell Urice 20-30 Cell (s) HPR , White Blood Cell Urice 20-30 Cell(s) HPR , Squamous epithelial cell 2-3 cell (s) HPR ตรวจเลือดพบ White Blood Cell count 12,350 cells/cumm Hemoglobin 11.2 g/dl Hematocrit 35% Neutrophil 75% และผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง (CT Abdomen) พบ Rt proximal ureteric stone size 1.2 x 0.8 เซนติเมตร, causing Rt obstruction Uropathy Bilateral caliceal renal stone, Rt renal stone size 0.3 เซนติเมตร , Lt renal stone size 0.3

เซนติเมตร แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อไตส่วนต้นข้างขวา (Rt proximal ureteric stone) นัดทำผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero renoscopy lithotripsy : URSL) วันที่ 11 กรกฎาคม 2565 รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/90 มิลลิเมตรปรอท พอดูสอบตามอาการ ชื่อ-นามสกุล ตรงกับแฟ้มประวัติ ตรวจสอบการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ใบยินยอมการผ่าตัด ยาปฏิชีวนะย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด ตรวจสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ทีมผ่าตัดขาน Time out ขานชื่อ-นามสกุล การผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับ ยาปฏิชีวนะและการเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์กล้องส่องท่อไตพร้อมใช้งาน เมื่อทีมวิสัญญีระงับความรู้สึกด้วยวิธีดมยาหลับ (General anesthesia) เรียบร้อยแล้วดูแลจัดท่าผู้ป่วยขึ้นขาหยั่งโดยการยกขา 2 ข้างขึ้นพร้อมกันวางบนขาหยั่งรัดขาเรียบร้อย เพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนและการกดทับเส้นประสาท sciatic nerve ทำผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero renoscopy lithotripsy : URSL) ตรวจสอบเครื่องมืออุปกรณ์พิเศษและกล้องส่องท่อไต ดูแลทำปัสสาวะเชื้อโดยแช่ในน้ำยา Cidex OPA เป็นเวลา 15 นาที ระหว่างการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้องพบนิ่วขนาดใหญ่และแข็ง ดูแลเตรียมอุปกรณ์เพิ่ม Guidewire, Blouse น้ำ, Basket stone, Double-J stent ขนาดต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและลดระยะเวลาในการผ่าตัด ดูแลปรับอุณหภูมิห้องผ่าตัดไม่ให้ต่ำ 20 องศาเซลเซียส เพื่อควบคุมการเจริญเติบโตของเชื้อโรคในห้องผ่าตัดดูแลปรับระดับความรุนแรงของเลเซอร์ให้เหมาะสมกับนิ่วให้แตกเป็นผง ดูแลสารน้ำเกลือที่ใช้ระหว่างการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้องไหลผ่านกล้องตลอดเวลาตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องมือพิเศษที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยให้ครบทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเสร็จการผ่าตัดนิ่วในท่อไตโดยการส่องกล้องท่อไตมีบาดแผลและบวม ดูแลประกอบสายระบายปัสสาวะจากไตลงกระเพาะปัสสาวะ (Double-J stent) และประกอบกล้องส่องกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscope) ส่งอุปกรณ์ให้แพทย์ระบายน้ำปัสสาวะใส่สายระบายปัสสาวะจากไตลงกระเพาะปัสสาวะ (Double-J stent) เพื่อป้องกันการอุดตันของนิ่วในท่อไต ดูแลสายสวนปัสสาวะมีน้ำปัสสาวะสีเหลืองปนเลือดประมาณ 5 ซีซี น้ำปัสสาวะ 300 ซีซี หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีปัสสาวะสีแดงจางๆ ไม่มีอุดตันของน้ำปัสสาวะ จากการตรวจร่างกายโดยทั่วไปสามารถยกขาทั้งสองข้างได้ ไม่มีข้อสะโพกเคลื่อน สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ

36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งนาทิต หายใจ 18 ครั้งนาทิต ความดันโลหิต 125/75 มิลลิเมตรปรอท ดูแลความสะอาด เช็ดตัวใส่เสื้อผ้าและห่มผ้าให้ความอบอุ่นกับผู้ป่วยที่ผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ที่ห้องผ่าตัด ตั้งแต่เวลา 08:45 น. - 11.00 น. เป็นเวลา 2 ชั่วโมง 15 นาที วันที่ 12 กรกฎาคม 2565 ตรวจเยี่ยม หลังผ่าตัด ผู้ป่วย ไม่มีไข้ ไม่ปวดแผลผ่าตัด ปัสสาวะสีใส ไม่แสบขัด แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ แนะนำการปฏิบัติตน และการดูแลสายระบายปัสสาวะจากไตลงกระเพาะปัสสาวะ Double-J stent ถ้ามีไข้ ปวดแผลมาก ปัสสาวะเป็นเลือดต้อง รีบมาพบแพทย์ก่อนนัด และต้องมาถอดสาย Double-J stent ออกจากร่างกายตามแพทย์นัดอย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลห้องผ่าตัดควรมีความรู้และทักษะในการ ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนี้วในท่อไตโดยการส่องกล้อง (Uretero renoscope lithotripsy : URSL) ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และ หลังผ่าตัด ตั้งแต่พยาธิสภาพ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และ ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นขณะผ่าตัด สามารถประเมินและ เฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนวิกฤตรุนแรงที่จะเกิดขึ้น เพื่อวางแผน และให้การพยาบาลได้ทันทั้งที

2. จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนี้วในท่อไตโดยการ ส่องกล้อง (Uretero renoscope lithotripsy : URSL) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติ

สรุป

นี้วในท่อไต (Ureteric stone) เกิดจากนี้วในไต หลุดลงมาที่ท่อไต และมีอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ มีผลทำให้ ท่อไตและโป่งพอง จนที่สุดไตเสียหายที่ได้ดั่งนั้นจึงมีความ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องคอยหมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกาย หากพบอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะบ่อยแสบขัด มีเลือดปน ปวดตื้อๆบริเวณหลัง ต้องรีบมารับการตรวจรักษาเพื่อลดความ รุนแรงของโรคได้

การผ่าตัดนี้วในท่อไตโดยการส่องกล้องและยิงนี้ว ด้วยเลเซอร์ (URSL) พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้และ ทักษะความชำนาญในการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ถูกต้อง และแม่นยำทำให้กระบวนการผ่าตัดประสบความสำเร็จ ผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตราย จากการผ่าตัด ลดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล และสามารถกลับดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

เอกสารอ้างอิง

- ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). กระบวนการ พยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล. : สุขุมวิทการพิมพ์
- สมพร ชินโนรส. (2557). การพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : ไร่ไทยเพลส.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559). การพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์โรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ. กรุงเทพฯ : เอ็น พี เพลส.
- เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์ , ปรางทิพย์ ฉายพุทธ และ วัลลดา พันธุ์เรืองวนิชย์. (2561). สารหลักทางการ พยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 1. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : วัฒนาการพิมพ์.
- สมชาย เอี่ยมอ่อง , สมจิตร เอี่ยมอ่อง , เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ , ขจร ธีรณานกุล , เกรียงตั้งสง่า และ รัชฎ์ สิตปรีชา. (2554). Textback of Nephrology กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอรินัลพินลิเคชั่น.
- พูนเกียรติ เรืองโสภา และสมพล เพิ่มพงศ์โกศล. (2555). กายวิภาคของการผ่าตัดผ่านกล้องศัลยศาสตร์ระบบ ปัสสาวะ ใน สมพล เพิ่มพงศ์โกศล (บรรณาธิการ). การผ่าตัด แบบมีความรุนแรงน้อย ในศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ เล่ม 1. 135-158. กรุงเทพฯ : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดรักษาจอประสาทตาหลุดลอก

บุษริน วิเชียรวรรณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา

บทนำ

โรคจอประสาทตาหลุดลอกเป็นปัญหาทางจักษุวิทยา เกิดจากการหลุดลอกของชั้นจอตาส่วนในซึ่งเป็นส่วนของเซลล์รับภาพกับเนื้อเยื่อการรับรู้การมองเห็นชั้นนอกของลูกตา เมื่อน้ำจากภายในลูกตาแทรกเข้าไปมาก ๆ จะทำให้เกิดการแยกหลุดของจอรับภาพ ทำให้การมองเห็นลดลงจนกระทั่งทำให้ตาบอด ซึ่งโรคนี้เป็นปัญหาทางจักษุวิทยาที่พบได้บ่อยเมื่อเกิดขึ้นจัดเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องพบแพทย์เพราะ ถ้ารักษาไม่ทันอาจส่งผลให้ตาบอดถาวรได้ อาการและอาการแสดง ได้แก่ เห็นจุดดำคล้ายหยากไย่ มีแสงไฟแลบในตา เห็นภาพบิดเบี้ยว เห็นภาพมีเงา สมองกระทบกับผู้ป่วยทำให้เกิดความบกพร่องจากการมองเห็น มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การทำงานที่ละเอียดได้ลดลง การอ่านหนังสือและการดูโทรทัศน์ เห็นไม่ชัดจน การดำเนินกิจวัตรประจำวันไม่สะดวกและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรักษาที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัดนำวุ้นตาและการฉีดแก๊สเข้าไปในวุ้นตา การผ่าตัดจอประสาทตาเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและใช้เวลาก่อนข้างนานโดยที่ผู้ป่วยใช้เพียงยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านห้องผ่าตัดก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นอุปกรณ์เฉพาะที่มีความหลากหลายและบอบบางและมีราคาสูง พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค ขั้นตอนการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยแล้ว การจัดเตรียมเครื่องมือ การใช้งานและการดูแลรักษาเพื่อช่วยในการผ่าตัด เป็นไปอย่างราบรื่นรวดเร็วและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างดีที่สุด นอกจากนั้นการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดก็เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้ผลการผ่าตัดประสบความสำเร็จเนื่องจาก หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องอยู่ในท่าก้มหน้าอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและสังคมกับ ผู้ป่วยอย่างมาก

จอประสาทตา (Retina) คือ ส่วนที่อยู่บริเวณผนังด้านหลังในสุดของดวงตา ประกอบด้วยเซลล์รับภาพจำนวนมาก มีลักษณะเป็นชั้นบางๆ ทำหน้าที่ในการเปลี่ยนแสงที่เห็นให้กลายเป็นสัญญาณประสาทส่งไปยังสมอง ช่วยในการมองเห็น

เห็นภาพที่ชัดเจน เรตินามีโครงสร้างเป็นชั้นๆ เป็นชั้นของเซลล์ประสาทที่เชื่อมต่อกันผ่านไซแนปส์ แต่มีเซลล์ที่เรียกว่า "เซลล์รับแสง" (photoreceptor cell) เท่านั้นที่ไวต่อแสงโดยตรง ซึ่งโดยหลัก ๆ มีอยู่สองประเภทคือ เซลล์รูปแท่ง (rod cell) และเซลล์รูปกรวย (cone cell) เซลล์รูปแท่งทำงานในที่มืดแสงสลัวและทำให้เกิดการเห็นเป็นรูปขาวดำ ส่วนเซลล์รูปกรวยทำให้เกิดการเห็นในช่วงกลางวันเป็นรูปสี ส่วนเซลล์ที่ไวแสงประเภทที่สามที่มีน้อยมากที่เรียกว่า photosensitive retinal ganglion cell (แปลว่า retinal ganglion cells ไวแสง) มีความสำคัญต่อการตอบสนองของร่างกายแบบรีเฟล็กซ์ต่อแสงสว่างในเวลากลางวัน หากเกิดความคิดผิดปกติขึ้นกับจอประสาทตาก็ย่อมส่งผลกระทบต่อ การมองเห็นโดยตรง ทำให้ภาพที่มองเห็นไม่ชัดซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาหรือแก้ไขอย่างถูกต้องก็อาจทำให้ตาบอดได้

จอประสาทตาหลุดลอก

หมายถึงภาวะที่เกิดการลอกหรือแยกตัวของจอตาจากตำแหน่งเดิม มักพบในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป แบ่งตามสาเหตุและลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยาได้ 3 ชนิดคือ

1. จอตาหลุดที่มีรูหรือรอยฉีกขาดที่จอตา เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด อาจเกิดจากอุบัติเหตุดวงตาได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง หรือเกิดจากจอตาเสื่อม จึงเกิดรูฉีกขาดของจอตา จอตาหลุดชนิดที่มีรูฉีกขาดของจอตา (Rhegmatogenous Retinal Detachment-RRD) เกิดขึ้นจากการที่ภายในลูกตาส่วนหลังมีวุ้นตาซึ่งเป็นของเหลวใสคล้ายเจลแบบติดกับจอตา เมื่ออายุมากขึ้นวุ้นตาเสื่อมสภาพเหลวเป็นน้ำมากขึ้นจึงมีการหดตัวและลอกตัวออกจากจอตา ซึ่งโดยทั่วไปมักไม่ก่อให้เกิดปัญหาใด ๆ เรียกว่า ภาวะวุ้นตาเสื่อม (Posterior vitreous detachment-PVD) แต่ในบางครั้งขณะวุ้นตาลอกตัว วุ้นตาอาจติดแน่นกับจอตา บางบริเวณจึงเกิดแรงดึงรั้งจนทำให้จอตาฉีกขาด (Retinal Tear) โดยเฉพาะบริเวณที่จอตาบางผิดปกติ (Lattice Degeneration) ซึ่งมักเป็นบริเวณริมขอบจอตา (Peripheral Retina) จะเกิดการฉีกขาดได้ง่ายขึ้น หากน้ำในวุ้นตาไหลผ่านรูฉีกขาดเข้าไป

ได้จอตา จะทำให้เกิดจอตาหลุดลอก (Retinal Detachment)

2. จอประสาทตาลอกที่เกิดจากการดึงรั้ง (Tractional retinal detachment, TRD) จอตา ลอกชนิดนี้พบบ่อยเป็นอันดับสอง สาเหตุเกิดจาก เบาหวาน การเกิดอุบัติเหตุที่ตา (penetrating eye injury) จอตาผิดปกติในทารกแรกคลอด ก่อนกำหนด (retinopathy of prematurity, ROP) มีแรงดึงจากวุ้นตา (vitreous traction) ซึ่งอาจเป็น แผ่นเยื่อพังผืดดึงรั้งบนจอตาจนทำให้ sensory retina แยกออกจาก ชั้น RPE โดยไม่มี retinal break เกิดขึ้น

3. จอประสาทตาที่ไม่มีรูขาดที่จอประสาทตา (exudative retinal detachment, ERD) จอ ตา ลอกหลุดลอกที่เกิดจากความผิดปกติของจอตา และคลอรัอยด์ ทำให้เกิดการรั่วของสะสมของ ของเหลวจากเส้นเลือดเข้าไปในช่องว่างของจอ ประสาทตา (subretinal space) จอประสาทตา ลอกจะไม่พบมีรอยแตกหรือแรงดึงจากพังผืดในวุ้น ตา

อาการของจอประสาทตาลอก

1. ผู้ป่วยจะมีอาการมองเห็นผิดปกติ โดยไม่มีอาการปวดตา เจ็บตา ตาแดง หรือตาแฉะแต่อย่างใด ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยจะมีอาการมองเห็นแสงวาบคล้ายฟ้าแลบหรือแสงแฟลชถ่ายรูป (Flashing) ในตาข้างหนึ่งหรือสองข้างในขณะที่หลับตา หรืออยู่ในที่มืด ซึ่งมักจะเกิดจากจอประสาทตาถูกกระตุ้นจากแรงดึงรั้งของวุ้นตาที่เข้าไปในจอประสาทตาจากที่ฉีกขาด

2. มีอาการมองเห็นจุดดำหรือเส้นสีดำ ๆ คล้ายเงาหยากไย่ ยุง หรือแมลงวันลอยไปลอยมาอยู่ในลูกตา (Eye floaters) ซึ่งจะมองเห็นได้ชัดในที่สว่าง โดยเฉพาะเวลาแหงนมองท้องฟ้า ใส หรือมองไปที่ผนังสีขาว หรือก้มลง เช่น ในขณะที่ต็มน้ำ ทำให้ผู้ป่วยนึกว่ามีหยากไย่อยู่ที่ข้างนอกลูกตา และพยายามขยี้ตาแต่เงาก็ไม่หายไป จึงสร้างความรำคาญให้กับผู้ป่วย แต่พอ นาน ๆ เข้าก็รู้สึกเคยชิน

3. มีอาการตามัวร่วมด้วย ซึ่งอาจทำให้การมองเห็น คล้ายมีหมอกบัง หรือเห็นเงาคล้ายม่าน หรือเห็นภาพเป็นคลื่น ๆ หรือคดงอ

4. หากไม่ได้รับการรักษาและปล่อยให้เป็นอยู่นาน ๆ ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกว่ามองเห็นเงาอยู่ที่ขอบของลานสายตา ซึ่งจะ ขยายใหญ่ขึ้นจนเต็มลานสายตาภายในไม่กี่วัน

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดจอตาลอก ได้แก่

1. อายุ ในผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดจอตาลอก เนื่องจากวุ้นตาเสื่อมตามวัย จึงมีการหดตัวและลอกหลุดออกจากจอตา

2. ความผิดปกติทางสายตา ในรายที่มีสายตาสั้นมาก ๆ วุ้นตาจะเกิดความเสื่อมเร็วกว่าปกติ

3. พันธุกรรม บุคคลในครอบครัวมีประวัติจอตาลอก

4. โรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้หรือเป็นโรคเบาหวานมานานจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เบาหวานขึ้นตา

5. มีการอักเสบหรือติดเชื้อภายในลูกตา

6. เคยมีประวัติการเกิดจอตาลอกมาก่อนแล้ว

ดังนั้นผู้ที่ปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ควรได้รับการตรวจจอประสาทตา เป็นประจำสม่ำเสมอ และถ้าพบความผิดปกติให้รีบไปปรึกษา จักษุแพทย์ทันที ให้ได้รับการรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร

การวินิจฉัยโรคจอประสาทตาลอก

การตรวจจอประสาทตา โดยแพทย์จะใช้ เครื่องมือ Ophthalmoscope ซึ่งเป็นการใช้แสง ไฟและเลนส์พิเศษ ที่มีความละเอียดสูงตรวจ ด้านหลังของดวงตาและจอประสาท ตา วิธีนี้จะทำ ให้แพทย์เห็นรอยฉีกและรูที่จอประสาทตา หรือวุ้น ในตา

การอัลตราซาวด์ มักจะใช้เมื่อผู้ป่วยมี เลือดไหล ในดวงตาเพราะแพทย์มองเห็นจอ ประสาทตาได้ยาก จึงต้องใช้ การอัลตราซาวด์เพื่อ ช่วยให้อินิจฉัยได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้แพทย์ มักตรวจดู ดวงตาทั้ง 2 ข้าง ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการที่ดวงตา เพียงข้างเดียวก็ตาม ซึ่งหากตรวจแล้วไม่พบการฉีก ขาดที่ จอประสาทตา แพทย์อาจให้ผู้ป่วยกลับมา ตรวจอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีอาการผิดปกติ ใด ๆ หรือหากผู้ป่วยมีอาการ อื่น ๆ เกิดขึ้นใน ภายหลัง ควรรีบกลับไปพบแพทย์ทันที

การตรวจด้วยเครื่อง Optical coherence tomography (OCT) โดยเป็นเครื่องมือตรวจความหนาของชั้นจอประสาท ตาและพหิธิสภาพ วัดความหนาของจอประสาทตาเพื่อใช้ วิเคราะห์โรคได้อย่างแม่นยำ ประมวลผลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อดูความผิดปกติได้ทันที

การรักษา

การรักษาอาจแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละบุคคล

• การรักษาอาการฉีกขาดของจอประสาทตา ในผู้ป่วย ที่ยังไม่เกิดรูหรือการฉีกขาดที่ม่านตาแพทย์อาจแนะนำวิธีการ ที่ไม่ซับซ้อนและรวดเร็ว ได้แก่

- การยิงแสงเลเซอร์ไปที่ผิวจอประสาทตา (Photocoagulation หรือ Laser surgery)

- การใช้ความเย็นจับบริเวณที่มีการฉีกขาดของจอตา (Cryopexy)

• **การรักษาจอประสาทตาที่ลอกออก** ในกรณีที่จอตาหลุดออกไปแล้ว อาจต้องได้รับการผ่าตัดภายในไม่กี่วันหลังจากได้รับการวินิจฉัย ประเภทของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการของแต่ละบุคคล ขึ้นตอนอาจรวมถึง

• **การฉีดแก๊ส (Pneumatic Retinopexy)** ขั้นตอนนี้เป็น การฉีดอากาศหรือก๊าซเข้าตา จุดมุ่งหมายของขั้นตอนนี้คือการหยุดการไหลของของเหลวที่เข้าไปในช่องว่างหลังจอประสาทตา

• **การผ่าตัดรัดลูกตาด้วยยาง (Scleral procedure)** ขั้นตอนนี้กระทำเพื่อบรรเทาผลของการไหลของน้ำในตาที่จอประสาทตา

• **การผ่าตัดฉีดยา** ขั้นตอนนี้ดำเนินการเพื่อระบายและเปลี่ยนของเหลวในตา

การผ่าตัดเพื่อรักษา จอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรอยฉีกขาด (rhegmatogenous retinal detachment)

การรักษา rhegmatogenous retinal detachment มีหลักการสำคัญคือการปิดและผนึก ที่ทำให้เกิด rhegmatogenous retinal detachment หลังจากนั้น subretinal fluid ที่อยู่ใต้ retinal detachment ก็จะค่อยๆถูกดูดซึมไปเอง หรืออาจจะช่วยเจาะเอาน้ำนั้นออก retina ก็จะกลับไปติดกับ retinal pigment epithelium อีกครั้ง จึงจำเป็นต้องพยายามตรวจหา รูดังกล่าวให้ได้ในขณะผ่าตัด การปิดรูอาจทำได้ 2 วิธี ได้แก่ การใช้ external temponade และ internal temponade

External temponade

ทำได้โดยใช้วัสดุทางการแพทย์ ที่นิยมคือ silicone bandวางกดลงบน sclera เพื่อดันให้ retinal pigment epithelium กลับไปติด กับ retina เรียกวิธีนี้ว่า scleral buckle procedure

Internal temponade

ทำได้ 2 วิธีคือใช้ gas หรือ silicone oil ที่เบากว่าน้ำ ใส่เข้าไปในลูกตา gas หรือ oil ก็จะลอยตัวไปปิดรู จึงทำให้ใช้ได้ในกรณีที่รูอยู่ด้านบน และต้องมีการจัดทำให้เหมาะสม เวลานอนก็จะต้องนอนคว่ำหน้า เพื่อ gas หรือ oil ไม่ลอยไปดัน lens และ iris จนไปปิด trabecular meshwork แล้วทำให้เกิด ocular hypertension และ cataract ได้ ถ้าใช้ gas สามารถฉีดเข้าไปในตาได้เลย เรียกวิธีนี้ว่า pneumatic retinopexy หรืออาจใช้ gas ร่วมกับการตัดน้ำ

วุ้นลูกตา (vitrectomy) ก็ได้ gas ที่ฉีดเข้าไปนี้จะขยายตัว ทำให้ในระยะแรก ความดันลูกตาจะเพิ่มขึ้นได้ แต่เมื่อเวลาผ่านไป gas ที่ฉีดไว้ก็จะค่อยๆถูกดูดซึมไปตัวเอง สำหรับ silicone oil นั้นต้องฉีดหลังจากทำ vitrectomy แล้วเท่านั้น silicone oil จะไม่ถูกดูดซึม จึงต้องมาผ่าตัดเอาออกทีหลัง เนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ อีกวิธีหนึ่งคือการฉีด perfluorocarbon ที่หนักกว่าน้ำเข้าไปในตา perfluorocarbon จะจมลงไปปิดรูได้ แต่ต้องทำ vitrectomy ก่อน และเนื่องจากมี toxicity จึงต้องเอาออกจากตาภายใน 2 เดือน

สำหรับการผนึก สามารถทำได้หลายวิธีเช่นกัน ได้แก่ การจี้ด้วยความเย็น (cryoretinopexy) การจี้ด้วยความร้อน (cautery) และการยิง laser ทั้งหมดนี้ทำให้ มีการทำลายของ retina หลังจากนั้นต้องใช้เวลอย่างน้อยประมาณ 3 สัปดาห์ ก็จะเกิด retinal scar ตามมา และทำให้มีแรงยึดระหว่าง retina กับ retinal pigment epithelium ที่แข็งแรง ดังนั้น ถ้าทำให้เกิด retinal scar รอบรูที่เป็นปัญหาได้ ก็สามารถผนึก รูนั้นไม่ให้ผ่านเข้าไปได้อีก

ไม่ว่าจะผ่าตัดด้วยวิธีใด สามารถทำให้ retina กลับไปติดกับ retinal pigment epithelium (anatomical success) ได้แค่ประมาณ 80-90% แม้จะผ่าตัดซ้ำก็ยังมีส่วนหนึ่งที่ ไม่ได้ผล และถึงแม้จะมี anatomical success แล้ว แต่การมองเห็นก็อาจไม่ดีขึ้นมากนัก ทั้งนี้ขึ้นกับว่ามีการสูญเสีย photoreceptor ไปมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะ photoreceptor ที่อยู่ ที่ macular จึงควรรีบทำการผ่าตัดโดยเร็ว โดยเฉพาะเมื่อ macular ยังไม่ถูกทำลาย ถือว่าเป็น emergency case การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจอประสาทตาหลุดลอก

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. ด้านจิตใจ ให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วย
 - 1.1 สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว พูดคุย ชักถาม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจ
 - 1.2 ประเมินภาวะความวิตกกังวลของผู้ป่วย จากสีหน้าท่าทางและคำบอกเล่า
 - 1.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามจนเข้าใจ
 - 1.4 อธิบายเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดและให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ความจำเป็นในการร่วมมือขณะผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่ได้ใช้การวางยาสลบ การผ่าตัดมีความละเอียดอ่อน ต้องผ่าตัดผ่านกล้องจุลทรรศน์ และใช้เครื่องมือพิเศษ ผู้ป่วย

ต้องนอนนิ่งตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อความแม่นยำในการผ่าตัดและเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดด้วย

2. หลังผ่าตัดหากมีการใส่แก๊สหรือน้ำมันเข้าไปในตา เพื่อดันจอประสาทตาให้กลับเข้าที่ ผู้ป่วยต้องนอนคว่ำหน้าหรือนั่งก้มหน้า เพื่อให้แก๊สหรือน้ำมันนั้นเข้าไปดันจอประสาทตาให้ได้มากที่สุด

3. แนะนำผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าเมื่อกลับบ้านจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

- ผู้ป่วยต้องนอนคว่ำหน้าหรือนั่งก้มหน้าให้ใบหน้าขนานกับพื้นอย่างน้อยวันละ 16 ชั่วโมง ไม่นอนหงายเพราะจะทำให้แก๊สหรือน้ำมันที่ใส่เข้าไปลอยขึ้นมาดันเลนส์ตาจะทำให้เกิดอาการปวดตาและเกิดต่อกระจกตามมาได้ อาจใช้หมอนรูปตัวยูประคองศีรษะเพื่อช่วยให้สบายขึ้น

- ระวังไม่ให้หน้าเข้าตา เดือน ใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดหน้าแทนการล้างหน้า อาบน้ำตั้งแต่คอลงมา ก่อয় ตักน้ำอาบไม่ควรใช้ฝักบัวเพราะน้ำอาจจะกระเด็นเข้าตาได้

- ถ้าจะสระผมให้นอนหงายให้ผู้อื่นสระให้

- บ้วนปาก แปรงฟันเบาๆ ไม่ส่ายหน้าไปมา

- ห้ามขยี้ตา ระวังไม่ให้ฝุ่นผงเข้าตา

- หลีกเลี่ยงการไอ จามแรงๆ

- ระวังไม่ให้ท้องผูก โดยการดื่มน้ำ รับประทานอาหาร

ผลไม้ต่างๆ

- ห้ามเดินทางโดยเครื่องบินจนกว่าแก๊สในตาจะ

หมด

- ห้ามยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม

- ห้ามอุ้มเด็ก หรือเล่น หรือคลุกคลีกับสัตว์เลี้ยง

- สวมแว่นตากันแดดช่วงกลางวันและใช้ผ้าครอบ

ตาในช่วงกลางคืนอย่างน้อย 1 เดือน

- เช็ดทำความสะอาดเปลือกตาด้วยวิธีสะอาด ปราศจากเชื้ออย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

- หยอดยา ป้ายยา ตามที่แพทย์สั่ง

- ถ้ามีอาการปวดตาให้รับประทานยาแก้ปวด แต่ถ้าไม่ดีขึ้นมีอาการปวดร้าวไปที่ศีรษะ และมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วยควรรีบมาพบแพทย์ทันที เพราะอาจเกิดจากภาวะความดันลูกตาสูงได้

- สังเกตอาการจอตาลอกขี้ เช่นตามัวลง เห็นแสงวาวคล้ายแสงแฟลชให้มาตรวจก่อนวันนัดได้

การพยาบาลขณะผ่าตัด

เป็นการพยาบาลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในห้องผ่าตัด ดูแล

ครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ทีมผ่าตัด สถานที่ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และขั้นตอนการผ่าตัด

1. เจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาด สวมหมวกเก็บผม ระบายเสื้อ ผูกMaskตลอดเวลา พูดย่อยด้วยวาจาสุภาพ

2. สถานที่ ทำความสะอาดห้องผ่าตัดและอุปกรณ์ต่างๆ ด้วยหลักของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

3. อุปกรณ์ ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ประกอบการผ่าตัดให้พร้อมใช้งาน เช่นกล้องจุลทรรศน์และเลนส์สำหรับผ่าตัดส่วนหลังลูกตา เครื่องผ่าตัดน้ำในตาและระบบแรงดันแก๊ส เตรียมเวชภัณฑ์ต่างๆ ตรวจสอบความปราศจากเชื้อหีบห่อต่างๆ ควั่นหมอคายุ และปริมาณเพียงพอต่อการใช้งาน รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดและชุดเครื่องมือต่างๆ

4. ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดพอดูดย่อยแนะนำตัวเพื่อให้คลายความวิตกกังวล ตรวจสอบความถูกต้องตัวบุคคล การผ่าตัด เอกสารที่เกี่ยวกับการพยาบาล การเซ็นยินยอม ความสะอาดของร่างกาย ตรวจสอบการขยายของม่านตาข้างที่จะทำการผ่าตัด ตรวจสอบยาและเวชภัณฑ์ที่ส่งมากับผู้ป่วย เมื่อนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ไม่หนุนหมอนห้ามผ้าคลุมตัวให้เรียบร้อย ทำกระบวนการตรวจสอบความปลอดภัย โดยการทำ Time out ร่วมกับแพทย์ ก่อนที่แพทย์จะให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ สังเกตอาการหลังผู้ป่วยได้รับยาและคอยสอบถามอาการเป็นระยะ บอกให้ผู้ป่วยทราบก่อนการให้การพยาบาลใดๆ ทุกครั้งเช่นการหยอดตา การทาน้ำยาฆ่าเชื้อโรค การคลุมผ้าผ่าตัดที่ปลอดภัยให้กำลังใจผู้ป่วยและทบทวนการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดอีกครั้ง หนึ่งว่าผู้ป่วยต้องนอนนิ่งๆตลอดระยะเวลาการผ่าตัด แต่หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติขณะผ่าตัดเช่นเจ็บตามาก หรือหายใจไม่สะดวกหรืออาการอื่นๆให้ผู้ป่วยพูดขึ้นมาให้ทีมผ่าตัดได้ยิน ทีมผ่าตัดจะช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ แต่ห้ามผู้ป่วยดิ้นหรือสะบัดหน้าเนื่องจากขณะผ่าตัดจะมีเครื่องมือสอดเข้าไปในลูกตา หากผู้ป่วยสะบัดหน้าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อดวงตาได้

5. ขั้นตอนการผ่าตัด ต้องกระทำภายใต้หลักปลอดเชื้อ และมาตรฐานการผ่าตัด

พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) ทำหน้าที่ ตั้งแต่การเตรียมเครื่องมือ การตรวจนับเครื่องมือ การส่งเครื่องมือตามขั้นตอนอย่างถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย การจัดการเครื่องมือให้ใช้งานได้สะดวก มีการสังเกตอาการของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ดูแลความสะอาดให้ผู้ป่วย การปิดตา ครอบตา มีการตรวจนับเครื่องมือให้ครบถ้วนเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด

พยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurse) ทำหน้าที่

ช่วยเหลือรอบนอก ช่วยในการเตรียมเครื่องมือ การดูแลผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งแรกเข้าและส่งออก การจัดท่า การจัดส่งอุปกรณ์ การดูแลสถานที่ และการบันทึกข้อมูลการผ่าตัด

6. ตรวจสอบความเรียบร้อย จัดทำให้ผู้ป่วยนอนคว่ำบนเปลนอน ก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด เป็นการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินผลการผ่าตัด สภาพอาการของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลที่เหมาะสม และทบทวนการให้คำแนะนำหลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้าง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 มาด้วยอาการตาซ้ายมัว 1 สัปดาห์ก่อน มองเห็นทางด้านซ้ายไม่ชัด ไม่ปวด ไม่เกืองตา ประวัติการเจ็บป่วยเคยผ่าตัดไส้ติ่งเมื่อปีที่แล้ว ปฏิเสธโรคประจำตัว ผลจากการถ่ายภาพจอประสาทตา และการตรวจ OCT แพทย์ตรวจพบจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรูฉีกขาด รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลเพื่อทำผ่าตัดวันที่ 12 กรกฎาคม 2565

การพยาบาลก่อนผ่าตัด ได้ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ได้ซักประวัติประเมินสภาพร่างกาย

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดจอประสาทตา ให้การพยาบาลโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดี อธิบายเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตนก่อนขณะ และหลังผ่าตัด เช่นการทำความสะอาดร่างกาย สระผม ล้างหน้าให้สะอาดเช้าวันผ่าตัด การรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย การปัสสาวะก่อนไปห้องผ่าตัด การฝึกนอนราบและหายใจได้ลึกๆจนไปถึงเพื่อให้เกิดความเคยชิน แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดว่าต้องนอนคว่ำหรือนั่งก้มหน้า ให้ใบหน้าขนานกับพื้นตลอดเวลา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามพร้อมตอบข้อสงสัย ประเมินความรู้ผู้ป่วยโดยให้บอกการปฏิบัติตนก่อน ขณะและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลง ให้การพยาบาลโดยแนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังเพิ่มมากขึ้น ไม่เร่งรีบ แนะนำสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การประเมินผลผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการที่จอประสาทตามีการหลุดลอก

มากขึ้นจากการกระทบกระเทือน ให้การพยาบาลโดยแนะนำให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียงให้มากที่สุด ไม่สายสิริหรือไอจามแรงๆ ไม่ขยี้ตา ประเมินผลหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ ไม่มีอาการตามัวมากขึ้น

การพยาบาลขณะผ่าตัด วันที่ 12 กรกฎาคม 2565 ผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด แพทย์ทำการผ่าตัดจอประสาทตาด้วยวิธี PPV ยิงเลเซอร์และใส่แก๊สดันจอประสาทตา ใช้เวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 10 นาที

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

1. เสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่ง ให้การพยาบาลโดยการตรวจสอบความถูกต้องของตัวผู้ป่วยจากคำบอกของผู้ป่วยตรงกับป้ายชื่อมือและเวชระเบียน ป้ายระบุตำแหน่งผ่าตัดตรงกับคำบอกของผู้ป่วยและแผนการผ่าตัดของแพทย์ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดน้ำวุ้นตา ร่วมกับการใช้แสงเลเซอร์ยิงปิดรูขาดบนจอประสาทตาข้างซ้าย ร่วมกับการใส่แก๊สเพื่อดันจอประสาทตา ภายใต้การได้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (Local anesthesia)

2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดจากการไม่ร่วมมือขณะผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยให้กำลังใจผู้ป่วยและทบทวนการปฏิบัติตนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง ก่อนเริ่มผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ให้ความร่วมมืออย่างดี การผ่าตัดเรียบร้อยปลอดภัย

3. เสี่ยงต่อการติดเชื้อขณะผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยมีการตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ที่ผ่านการฆ่าเชื้อ การส่งเครื่องมือตามหลักมาตรฐานการปลอดเชื้อ ไม่มีการละเมิดหรือการปนเปื้อนขณะผ่าตัด

4. เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากความบกพร่องในการมองเห็น ให้การพยาบาลโดยดูแลช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เมื่อย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัดแล้วไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ลำพังช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเสร็จการผ่าตัดย้ายจากเตียงผ่าตัดมานอนคว่ำบนเปลนอน ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มกับผู้ป่วย

การพยาบาลหลังผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 13 กรกฎาคม 2565 สภาพทั่วไปผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นั่งคว่ำหน้ากับโต๊ะคร่อมเตียง ตาข้างซ้ายมีฝ้าปิดตาและแผ่นครอบตา มีอาการปวดตาซ้ายเล็กน้อย ซักถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน พบว่ายังพ่องความรู้ในการปฏิบัติตัว จึงแนะนำการปฏิบัติตัวทบทวนให้อีกครั้งหนึ่ง รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น ตาแดง มีขี้ตามาก ตาบวมมากขึ้น ปวดตามากมีกลิ่นใส่อาเจียน ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจอประสาทตาหลุดลอกชนิดมีรอยฉีกขาดทำให้การมองเห็นลดลง ทำให้เกิดความลำบากในการทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน การวินิจฉัยทำได้โดยการซักประวัติ การวัดระดับการมองเห็น การถ่ายภาพจอประสาทตาและการทำ OCT หากมีอาการเล็กน้อยอาจรักษาโดยการยิงเลเซอร์ หากมีอาการมากจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับการยิงเลเซอร์และการใส่แก้วหรือน้ำมันเข้าไปดันจอประสาทตาให้กลับเข้าที่ ซึ่งการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนและมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยด้วย พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการให้ความรู้ในการเตรียมตัว การปฏิบัติตัวเพื่อเป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วยอย่างที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ต้องรับการผ่าตัด เพื่อเพิ่มสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. จัดทำแนวทางการเตรียมความพร้อมในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดจอประสาทตา เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานของบุคลากรในห้องผ่าตัด
3. จัดทำสื่อให้ความรู้เรื่องโรคทางจอประสาทตาแก่ประชาชนมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงการดูแลและป้องกันโรคทางจอประสาทตาที่สามารถป้องกันได้ และประชาสัมพันธ์ช่องทางที่สามารถเข้าถึงการรักษารวดเร็วขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยจอประสาทตาหลุดลอกที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด จำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด เพื่อที่ผู้ป่วยจะสามารถเตรียมตัวเตรียมใจพร้อมที่จะร่วมมือไปกับทีมการรักษา เพื่อให้เกิดผลดี

ที่สุดกับตัวผู้ป่วยเอง กำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่ทีมจะต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วย เพราะถึงแม้การผ่าตัดจะเสร็จสิ้นแล้ว แต่การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดก็มีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยจะต้องมีความอดทนและกำลังใจที่จะปฏิบัติอย่างเคร่งครัดจึงจะทำให้การผ่าตัดประสบผลดีตามที่คาดหวังไว้

เอกสารอ้างอิง

สุจิตรา ทองประดิษฐ์โชติ ภาควิชาและสตรีวิทยาของตา ในระบบรับรู้ลึก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555 หน้า 43-68.

โสมนัส ฤงสุวรรณ ภูมิภาควิชาที่จอตาและจอตาลอก (Retinal Tear and Detachment) ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. เข้าถึงได้จาก : www.si.mahidol.ac.th. [28 มิ.ย. 2561].

แพร่ พงศาเจริญนนท์.โรคทางจอตาที่พบบ่อย ใน : วิศน์ ดันดีเสวี. ตำราชกษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2561. หน้า 400-13.

อดิษฐ์ วราดิศย์. ภาวะสายตามัวเฉียบพลัน. ใน : เปรมจิต เสนานนท์. จักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2559. หน้า 29-30

ดวงเนตร โรจนารณ. Retinal Detachment. ใน : อาภรธา เล็กสกุล. จักษุวิทยา รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2561. หน้า 232-37

อิสรา เลิศจิรัชย์, สุขุม ศิลปะอาษา, ชัยรัตน์ เสาวฤทธิ์. การผ่าตัดโรคจอตาและจอตาที่พบบ่อย. ใน : สุขุม ศิลปะอาษา. ตำราการผ่าตัดทางจักษุวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2561. หน้า 143-46.

ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

อารีย์ ป้อมประสิทธิ์ * พย.ม.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2564 – พฤศจิกายน 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 3. แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยได้รับการตรวจสอบความตรงจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 4 ท่าน และทำการหาค่าความเที่ยงได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.88, 0.90 ตามลำดับ เมื่อสิ้นสุดการทดลองผลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ independent pair t-test, และ ทดสอบไค-สแควร์

(chi-square test) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร มีความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$) และมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$) อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ไม่แตกต่างกัน

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้จะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คงพฤติกรรมนั้นไว้อย่างต่อเนื่อง เป็นการลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

คำสำคัญ : โปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/พฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพุทธโสธร

The Effects of a Hypoglycemic Preventive Program for Diabetes Mellitus Patients with Hypoglycemia in the Medical Department, Buddhasothorn Hospital.

Aree Pomprasit* M.N.S.

Abstract

This study was a quasi-experimental research design. The purpose of this study was to evaluate the effects of hypoglycemic preventive program for diabetes mellitus patients with hypoglycemia in the medical department, Buddhasothorn Hospital. Data were collected from July to November 2021. Purposive sampling with inclusion criteria was used to select 60 persons for diabetes mellitus patients with hypoglycemia, and was divided by random sampling process into a control group (n=30) who received regular nursing care, and an experimental group (n=30), who received a hypoglycemic preventive program. The instruments comprised hypoglycemic preventive program, demographic sheet, knowledge of hypoglycemia and hypoglycemic preventive behaviors questionnaire and readmission recording form. The content validity was examined by 4 experts and the reliability for of and knowledge of hypoglycemia and hypoglycemic preventive behaviors were 0.88 and 0.90 respectively. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, independent pair t-test, and chi-square test. The result revealed that after the study, the

experimental group who received the hypoglycemic preventive program for diabetes mellitus patients with hypoglycemia had a statistically significant increasing of knowledge of hypoglycemia (p value<0.001), hypoglycemic preventive behaviors (p value<0.001), Furthermore, readmission within 28 days was lower than that of before the program. However, there is no statistically significant difference.

From the result of this study, it is suggested that the hypoglycemic preventive program for diabetes mellitus patients with hypoglycemia positively improves knowledge of hypoglycemia, hypoglycemic preventive behaviors, so diabetes mellitus patients with hypoglycemia should be encouraged to receive knowledge of hypoglycemia, knowledge affecting behavior change, continuing to maintain behavior. to reduce readmission within 28 days.

Keywords: *a Hypoglycemic Preventive Program / knowledge of hypoglycemia / hypoglycemic preventive behaviors / readmission within 28 days*

** Registered Nurse, BuddhaSothorn Hospital*

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 14.4 (Emons MF et al., 2016) สาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือมีอาการรุนแรงมาก ได้แก่ มีอาการชักและหมดสติสูงถึงร้อยละ 46.3 รุนแรงปานกลางร้อยละ 33.3 และรุนแรงเล็กน้อยร้อยละ 20.3 (นพรัตน์ เรืองศรี, 2551) ซึ่งเมื่อร่างกายมีภาวะน้ำตาลต่ำเกิดขึ้น จะทำให้การปล่อยกลูโคสในกระแสเลือดเข้าสู่เซลล์สมองลดลง ซึ่งเป็นให้เซลล์สมองมีการทำงานบกพร่องและอาจตายไปในที่สุด ดังนั้นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจึงเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความสำคัญมากในเวชปฏิบัติ ถ้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาทันทีจะทำให้การทำงานของสมองที่บกพร่องจากการขาดกลูโคสกลับมาเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและสังเกตอาการ ทำให้ลดโอกาสการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ (Murata et al., 2004) ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวก กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (วไลลักษณ์ เฟ่งฤทธิ์, 2553) ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การที่จะให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดูแลตนเองได้นั้น จำเป็นต้องได้รับความรู้ จนมีทักษะในการดูแลตนเองโดยต้องอาศัยรูปแบบการให้ความรู้ที่ดี การให้ความรู้เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองได้ถูกต้องเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี การให้ความรู้มีหลายวิธี แต่ละวิธีมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเฉพาะในแต่ละกลุ่ม (ชลการ ทรงศรี, 2550) จากการศึกษาของ ณัฐภัตสร เดิมขุนทด และประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การให้โปรแกรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ซึ่ง Joseph (1980) กล่าวว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการส่งเสริมและสนับสนุน พฤติกรรมการควบคุมโรค โดยทั่วไปก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดก็ตามบุคคลนั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ดีเสียก่อน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพของตนให้ดี และนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีที่สุด ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคจะส่งเสริมและสนับสนุนให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

นอกจากความรู้แล้ว การที่ผู้ป่วยเบาหวานจะปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนน้ำตาลในเลือดต่ำได้ถูกต้องเป็นผลมาจากตัวผู้ป่วยเอง โดยต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่ง (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จตามเป้าหมาย และช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้โดยบุคคลต้องเห็นว่าพฤติกรรมนั้น ๆ น่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการและต้องเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น การศึกษาของ นุชปียา เต็มภษณะ (2553) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันเบาหวานในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานแฝง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเบาหวานแฝงภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสร้างโปรแกรมการให้ความรู้โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะส่งผลดีต่อพฤติกรรมทางบวกในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ และพยายามจะกระทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง และช่วยให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้โดยที่บุคคลนั้นต้องเห็นพฤติกรรมนั้น มีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คงพฤติกรรมนั้นไว้อย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จันทนา ม่วงทอง (2557) ศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนและการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม พบว่ามีคะแนนการปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และมีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจสร้างโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เหมาะสม ลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลพุทธโสธรเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A ที่ให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดฉะเชิงเทราและโรงพยาบาลลูกข่ายภายในจังหวัด โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคเฉพาะที่มีความซับซ้อน และเป็นปัญหาของคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการในปี พ.ศ. 2562 - 2564 จำนวน 12,981, 13,673 และ 12,146 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.75, 12.48, 11.56 ตามลำดับ จากการทบทวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ

ที่คลินิกเบาหวาน เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน น้ำตาลในเลือดต่ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธโสธร ในปี พ.ศ. 2562 – 2564 คิดเป็น ร้อยละ 5.55, 4.60 และ 4.73 ตามลำดับ จึงได้มีการสังเคราะห์ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันน้ำตาลในเลือดต่ำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันน้ำตาลในเลือดต่ำต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ร้อยละ 8.18 ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมป้องกันการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เหมาะสมทราบถึงอาการและอาการแสดง สามารถจัดการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้เอง ทำให้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ผ่านมามีเพียงแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่สามารถลดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันน้ำตาลในเลือดต่ำได้ จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากคลินิกเบาหวาน เชื่อมโยงไปถึงผู้ป่วยใน โดยสร้างโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการลดแทรกซ้อนเฉียบพลันน้ำตาลในเลือดต่ำ ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่คลินิกเบาหวาน เชื่อมโยงไปถึงผู้ป่วยใน ตลอดจนมีการติดตามอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในกลุ่มทดลอง มีจำนวนการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วย

เบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandular (1997) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) 2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) 3. การมีประสบการณ์จากความสำเร็จจากการลงมือกระทำ 4. การสนับสนุนอารมณ์เพื่อลดอาการเครียด เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 สัปดาห์ พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม สอบถามอาการ เพื่อลดความวิตกกังวล พุดคุยโน้มน้าว ชักจูงสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ต่อความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอัตราการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยแบ่งกลุ่มศึกษาเป็น 2 กลุ่ม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pre-post test design) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2564 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ป่วยเบาหวานทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 16-65 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 4 แห่งในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าการศึกษาและคัดออกจากการศึกษาดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criterias) คือ

- 1.1 แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ให้เข้าพักรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม
- 1.2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (blood glucose) ต่ำกว่า 70 มก./ดล.

1.3 มีอาการที่พ้นระยะวิกฤต และไม่อยู่ในภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต

1.4 สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยลงนามในเอกสารยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

1.5 มีโทรศัพท์มือถือ ที่สามารถโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมได้

2. เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criterias)
คือ มีอาการรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่

1.1. โปรแกรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ภายใต้กรอบทฤษฎี การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandular (1997) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานของขั้นตอนแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะนอนอยู่ในโรงพยาบาลและระยะเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะนอนโรงพยาบาลแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) 2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) 3. การมีประสบการณ์จากความสำเร็จจากการลงมือกระทำ เป็นการฝึกทักษะการจับชีพจรด้วยตนเองเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้ผู้ป่วยบันทึกอาการที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. การสนับสนุนทางอารมณ์ ผู้วิจัยมีการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดอาการเครียด ระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 สัปดาห์ พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสอบถามอาการ เพื่อลดความวิตกกังวล พุดคุยโน้มน้าว ชักจูง สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

1.2. สื่อวิดีโอมีตัวแบบที่มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในภาวะน้ำตาลต่ำที่เหมาะสม

1.3. สื่อการสอน แผ่นพับวิธีสุขภาพพิชิตน้ำตาลต่ำ เนื้อหาประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการแก้ไขในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย

1.4. คู่มือดูแลตนเองและควบคุมเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ

2.2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ลักษณะเป็นแบบคำถาม 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้เลือกตอบเป็น 2 คำตอบ ใช่ ไม่ใช่

2.3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดให้เลือกตอบเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำได้ ปฏิบัติบ่อย ปฏิบัติบ้าง ไม่ปฏิบัติบ้าง ปฏิบัติน้อยมาก ไม่ปฏิบัติเลย

2.4. แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และนำไปทดสอบนำร่องในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำนวนหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson method) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวนหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม

ขณะนอนโรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อวันที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม พร้อมทั้งนัดหมายเพื่อขออนุญาตพบผู้ป่วยที่คลินิกเบาหวานในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้นให้โรงพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ประเมินผลวิจัยโดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ บันทึกแบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

กลุ่มทดลอง

ขณะนอนโรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล หรือเมื่อวันที่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม

ครั้งที่ 2 ดำเนินการตามโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในวันที่ 3 ของการนอนโรงพยาบาล โปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) 2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) 3. การมีประสบการณ์จากความสำเร็จจากการลงมือกระทำ เป็นการฝึกทักษะการจับชีพจรด้วยตนเองเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การให้ผู้ป่วยบันทึกอาการที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 4. การสนับสนุนทางอารมณ์ ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที

ครั้งที่ 3 วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมพร้อมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ครั้งที่ 4 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสอบถามอาการเพื่อลดความวิตกกังวล พูดคุยโน้มน้าว ชักจูง สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 5 มาตรวจตามนัดที่คลินิกเบาหวาน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ พบผู้ป่วยสอบถามอาการ ปัญหา การปฏิบัติตน พร้อมให้คำชื่นชม

ครั้งที่ 6 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ มาตรวจตามนัดที่คลินิกเบาหวาน ประเมินผลวิจัยโดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ บันทึกแบบบันทึกการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Independent t-test

3. วิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมโดยใช้ Independent t-test

4. วิเคราะห์การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ BSH-IRB 055/2563 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัยและการสมัครใจ / ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ และข้อมูลที่ี้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 56.7) ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา (ร้อยละ 46.7) ไม่ได้ประกอบอาชีพสูงสุด (ร้อยละ 50.0) ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ร้อยละ 90.0) ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานมากกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 83.3) ยาที่ได้รับในปัจจุบันเป็นยารับประทานและยาฉีด (ร้อยละ 76.7) มีโรคประจำตัวที่ป่วยร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 100) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ 100.0) ไม่เคยมานอนด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 80) เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ 80) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.0) มีอายุส่วนใหญ่มากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 56.7) ระดับการศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา (ร้อยละ 50.0) ไม่ได้ประกอบอาชีพสูงสุด (ร้อยละ 40.0) ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (ร้อยละ 93.3) ระยะเวลาในการเป็นเบาหวานมากกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 93.3) ยาที่ได้รับในปัจจุบันเป็นยารับประทานและยาฉีด (ร้อยละ 83.3) มีโรคประจำตัวที่ป่วยร่วมกับโรคเบาหวาน (ร้อยละ 100) โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ 100.0) ไม่เคยมานอนด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 83.3)

เขนอนรักษาด่วนในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำน้อยกว่า 5 ครั้ง (ร้อยละ 83.3)

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	P
	M	(SD)	M	(SD)		
ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	19.07	0.45	10.40	2.36	19.78	<0.01.0

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลอง (19.07 (SD =0.45) และกลุ่มควบคุม 10.40 (SD =2.36) , p <0.001)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	P
	M	(SD)	M	(SD)		
พฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	149.50	61.1	98.57	8.69	31.57	<0.001
ด้านการรับประทานอาหาร	39.20	1.06	39.57	3.89	39.51	<0.001
ด้านการใช้ยา	54.83	0.38	23.40	3.25	40.24	<0.001
ด้านการออกกำลังกาย	16.73	0.98	10.00	29.2	81.14	<0.001
ด้านการมาตรวจตามนัด	19.73	0.45	19.17	1.62	1.845	<0.070
ด้านการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	19.00	0.00	8.87	2.25	24.61	<0.001

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลอง (149.50 (SD =1.61) และกลุ่มควบคุม (98.57 (SD =8.69), p <0.001) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ด้านการมาตรวจตามนัดไม่แตกต่างกัน

4. การเปรียบเทียบการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความถี่ ร้อยละ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยใช้สถิติทดสอบไค-สแควร์

การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ในแผนกอายุรกรรม	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	P
	M	(SD)	M	(SD)		
ไม่เกิด	29	96.7	26	86.7	1.964	0.161
เกิด	1	3.3	4	13.3		

*p<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันไม่แตกต่าง

อภิปรายผล

โปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandular (1997) มาเป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) 2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) 3. การมีประสบการณ์จากความสำเร็จจากการลงมือกระทำ 4. การสนับสนุนทางอารมณ์ ระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 สัปดาห์ พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ทำให้ได้โปรแกรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง

ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร พบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร มีคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandular (1997) มาเป็นกรอบทฤษฎีในการดำเนินการวิจัย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำ พฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. การใช้คำพูด

ชักจูง (verbal persuasion) 2. การได้เห็นตัวแบบ (modeling) 3. การมีประสบการณ์จากความสำเร็จจากการลงมือกระทำ 4. การสนับสนุนทางอารมณ์ การสร้างความมั่นใจลดความเครียดผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การป้องกันและการแก้ไข ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น และเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวิดีโอ แพ้พิมพ์กรัฟฟิตีภาพพิกัดน้ำตาลต่ำ คู่มือการดูแลตนเองและควบคุมเบาหวานมีการกระตุ้นทางอารมณ์โดยการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ความเข้าใจ แสดงถึงผู้ป่วยเบาหวานขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้และความเชื่อมั่นในตนเองสามารถจัดการกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้ความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร มีคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำภายหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือด

ต่ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้กรอบแนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandular (1997) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำ จะทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่ทอดถอยแม้ว่าจะเกิดปัญหา หรือความยากลำบากโดยคาดหวังในผลลัพธ์ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจะเกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์สุน น จิตดวงศัพท์ (2562) ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า การให้โปรแกรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

3. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธโสธร มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มทดลองเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จำนวน 1 คน (3.3 %) กลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน จำนวน 4 คน (13.3%) เมื่อมีการทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p=0.161$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน พบจำนวน 1 คน ซึ่งมีอำนาจในการวิเคราะห์ต่ำ จึงทำให้การทดสอบไม่พบความแตกต่างกัน เนื่องจากในกลุ่มทดลอง 1 คนที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จากสาเหตุทำงานเข้ากะ กลับถึงที่พักเกิดความเหนื่อยล้า นิดินชูลินแล้วไม่ได้รับประทานอาหาร นอนพักผ่อนที่เพื่อนร่วมห้องไปพบเรียกไม่รู้ตัวจึงนำส่งโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนาด วรพิมพ์งษ์ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรม แต่ทดสอบความแตกต่างทางสถิติไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงทำให้การทดลองไม่พบความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรให้ความสำคัญในการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดสมรรถนะแห่งตนโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ

2. ควรให้ความสำคัญเรื่องการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยมีสื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

3. ควรจัดให้มีการอบรม หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนทั้งในเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อเป็นการนำโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่การทำงานเป็นกะ เนื่องจากการทำงานเป็นกะ และการเปลี่ยนกะ ส่งผลกระทบต่อแบบแผน และวิถีชีวิต การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อหาแนวทางป้องกันนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่เหมาะสมกับบริบทต่อไป

2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ตา ไต หัวใจและหลอดเลือด ในระยะยาวต่อไป เพื่อเป็นการประเมินถึงข้อจำกัดของแต่ละบุคคล อันจะนำไปสู่การพัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อไป

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซึ่งมีการวัดตัวแปรจากค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตัวเอง เพื่อประเมินค่าน้ำตาลในเลือดในภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกับอาการแสดงของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกัน

4. ควรศึกษาวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นและมีการวัดผล และติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เป็น 6 เดือน และ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

จันทนา ม่วงทอง. (2557). พฤติกรรมการปฏิบัติตน และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยรังสิต.

ชลการ ทรงศรี. (2550). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

โรงพยาบาลทุ่งฝน จังหวัดอุดรธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุดรธานี, อุดรธานี.

ณัฐภัทร เดิมขุนทด และนพ.ประสิทธิ์ ลิ่วพัฒนภัทร.
(2560). การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน
ต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.
วารสารการพยาบาล,19: 33-40.

ทิพย์สุน จิตดวงศพันธ์. (2562). ผลของโปรแกรม
ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค
และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการเวชปฏิบัติชุมชน.
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นพรัตน์ เรืองศรี. (2551). การศึกษาการเกิดภาวะ
น้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพิจิตร.
วารสารโรงพยาบาลพิจิตร,23 (2), 133-140.

นุชนาด วรพิมพ์งษ์. (2554). ผลของโปรแกรม
ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตน และการกลับเข้ารับรักษาใน
โรงพยาบาลในผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่.
มหาวิทยาลัยรังสิต.

นุชปียา เต็มภานะ. (2553). ผลของโปรแกรม
การป้องกันเบาหวาน ในผู้ป่วยภาวะเบาหวานแฝง โรงพยาบาล
สมเด็จพระปิ่นเกล้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัย คริสเตียน.

ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิต สุขพูล และ กิตติภูมิ
ภิญโญ. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วย
เบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน ของจังหวัดแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนใต้). วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์, 35 (3).

วลีลักษณ์ เฟ่งฤทธิ์. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่มีความ
สัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้สูงอายุที่เป็น
โรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

Bandura, A. (1977). Social learning theory.
Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise
of control. New York: W.H. Freeman and Company.

Emons MF, Bae JP, Hoogwerf BJ, Kindermann
SL, Taylor RJ, Nathanson BH. (2016). Risk factors
for 30-day readmission following hypoglycemia-
related emergency room and inpatient admissions. BMJ
Open Diabetes Res Care: 4(1):e000160.

Joseph, L. (1980). Self-care and nursing
process. Nursing Clinic of North America 18:134-137.

Murata, G.H., et al (2004). Factors affecting
hypoglycemia awareness in insulin-treated type 2
Diabetes. The Diabetes Outcomes in Veterans Study
(Doves). Jurnal of DIABETES RESEARCH AND
CLINICAL PRACTICE 65 61-67.

การศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบน ด้วยวิธีการส่องกล้องสลายนิ่วด้วยเลเซอร์
และวิธีการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอกในร่างกาย ในโรงพยาบาลพุทธโสธร

Comparison of Ureteroscopic Laser Lithotripsy and Extracorporeal Shock Wave
Lithotripsy in treatment of Upper Ureteric Calculi in Buddhasothorn Hospital

ระพีพรรณ ทิมสุวรรณ

พ.บ., ว.ว. ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา

กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพุทธโสธร

Abstract

Background

Ureteric calculis is a common disease throughout the world and one of the major public health problems. Patients with ureteric calculi often experience sudden pain, and the pain can be so severe that they require immediate medical attention. Occasionally, Ureteric calculi can cause hematuria, urinary tract infections and/or acute or chronic impairment of renal function resulting in negative impacts on health, quality of life, and society and the economy as a whole.

Treatment options for ureteric calculi are varied. It is important to note that efficiency, advantages, disadvantages, and limitations differ from one another. The treatment depends on several factors, including the stone type and composition, size, location, the patient's characteristics and diseases, the equipment and tools available, and the ability of doctors and hospitals to provide treatment. In order to achieve desirable treatment outcomes, safety and cost-effectiveness, decision making must balance multiple factors and be based on the conditions / symptoms.

Objective

The study aims to evaluate and compare effectiveness of ureteroscopic laser lithotripsy (URSL) versus extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) in the management of upper ureteric calculi in terms of stone free rate and complications.

Materials and methods

A retrospective, descriptive study was conducted by studying the medical records and operative notes of patients diagnosed with upper ureteric calculi who underwent ureteroscopic laser

lithotripsy or extracorporeal shock wave lithotripsy in Buddhasothorn hospital according to the inclusion criteria and exclusion criteria during the specified period, from October 1, 2016 to September 30, 2021.

Results

195 patients diagnosed with upper ureteric calculi were included in this study. 95 Patients underwent ureteroscopic laser lithotripsy (URSL) and 100 patients underwent extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL). Overall stones free rate was 87.37% in URSL group and 77% in ESWL group. For treating small (<10 mm) upper ureteric calculi, stone free rate was not different and high as 91.80% in URSL group VS 89.23% in ESWL group. While treating large (>10 mm) upper ureteric calculi, a statistically higher stone free rate was observed in URSL group rather than ESWL group (79.41% VS 54.28%, $p = 0.015$). Duration of treatment was comparable in both groups (45.49 ± 17.85 minutes in URSL group VS 49.7 ± 9.10 minutes in ESWL). Complications were also not statistically different in URSL group and ESWL group and found as pain requiring injection of painkillers 7.37% vs 3%, gross hematuria 5.26% VS 4% and urinary tract infection 5.26% VS 3%.

conclusions

URSL has a significantly higher stone free rate than ESWL when used to treat upper ureteric calculi greater than 10 mm, and both treatments had low post-treatment complications and were not significantly different from each other.

keywords : upper ureteric calculi, URSL, ESWL

บทคัดย่อ**ที่มาและความสำคัญ**

นิ่วในท่อไตเป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกภูมิภาคทั่วโลก และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขประการหนึ่ง เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตมักมีอาการปวดทันทีทันใด และปวดรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษารูปแบบฉุกเฉิน บางครั้งนิ่วในท่อไตอาจทำให้เกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือด ติดเชื้อระบบปัสสาวะ และ/หรือเกิดภาวะเสื่อมการทำงานของไตเฉียบพลันหรือเรื้อรังจากการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และเกิดผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมได้

การรักษาโรคนี้ในท่อไต สามารถกระทำได้หลายวิธี โดยการรักษาในท่อไตแต่ละวิธีนั้น มีประสิทธิภาพ ข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น ชนิดและองค์ประกอบของนิ่ว ขนาดและตำแหน่งของนิ่ว ลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วย โรคประจำตัวผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา และศักยภาพในการให้การรักษของแพทย์และโรงพยาบาล เป็นต้น การเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับเงื่อนไข/อาการเจ็บป่วย สภาพบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุผลการรักษาที่พึงประสงค์ ปลอดภัย และคุ้มค่าทั้งในด้านประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบน ด้วยวิธีการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์ และวิธีการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย ในโรงพยาบาลพุทธโสธร

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อไตส่วนบน ที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์ หรือการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย ในโรงพยาบาลพุทธโสธร ตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์การคัดออก ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด คือ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อไตส่วนบน ที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์ (URSL) หรือการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) ตามเกณฑ์การศึกษาจำนวน 195 ราย ผลการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนหลังการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้ว

ด้วยเลเซอร์ (URSL) พบ อัตราการหมดของนิ่วโดยรวมคือ 87.37% อัตราการหมดของนิ่วขนาดน้อยกว่า 10 มม. คือ 91.80% และอัตราการหมดของนิ่วขนาดมากกว่า 10 มม. คือ 79.41% ระยะระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา คือ 45.49 ± 17.85 นาที ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบได้ ได้แก่ อาการปวดจนต้องให้ยาแก้ปวดแบบฉีด 7.37% ภาวะปัสสาวะปนเลือด 5.26 และโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 5.26 ส่วนผลการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนหลังการรักษาด้วยการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) พบอัตราการหมดของนิ่วโดยรวมคือ 77% อัตราการหมดของนิ่วขนาดน้อยกว่า 10 มม. คือ 89.23% และอัตราการหมดของนิ่วขนาดมากกว่า 10 มม. คือ 54.28% ระยะระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา คือ 49.7 ± 9.10 นาที ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบได้ ได้แก่ อาการปวดจนต้องให้ยาแก้ปวดแบบฉีด 3% ภาวะปัสสาวะปนเลือด 4% และโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 3%

สรุปผลการศึกษา

การรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์ (URSL) มีอัตราการหมดไปของนิ่วที่สูงกว่าการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) อย่างชัดเจน เมื่อใช้ในการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนที่มีขนาดมากกว่า 10 มม. และการรักษาทั้ง 2 วิธีมีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาต่ำ และไม่แตกต่างกันโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : นิ่วในท่อไตส่วนบน, การส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์, การสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย

บทนำ

นิ่วในท่อไตเป็นโรคที่พบได้บ่อยในทุกภูมิภาคทั่วโลก จากข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตที่มีการศึกษาในแต่ละประเทศ พบความชุกและองค์ประกอบของนิ่วมีความหลากหลาย และมีการเปลี่ยนแปลงในหลายทศวรรษ โดยพบความชุกของโรคได้มากถึง 7-13% ของประชากรทั้งหมดในทวีปอเมริกาเหนือ, 5-9% ของประชากรทั้งหมดในทวีปยุโรป และ 1-5% ของประชากรทั้งหมดในทวีปเอเชีย¹ แตกต่างกันไปตามภูมิศาสตร์ สภาพอากาศ อาหาร น้ำดื่ม และพันธุกรรม² และปัจจุบันความชุกของผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะการใช้ชีวิต และการบริโภคอาหารแบบทางตะวันตกมากขึ้น³

ในทวีปเอเชีย มีการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไต พบความชุกของโรคสูงสุดในภาคตะวันตก, ภาคใต้ และ

ภาคตะวันออกเฉียงใต้ของทวีป โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นที่สูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ พบความชุกของโรคในประเทศจีนเพิ่มขึ้นจาก 4% เป็น 9%, ประเทศเกาหลีใต้เพิ่มขึ้นจาก 3.5% เป็น 11.5%, ประเทศไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.4% เป็น 16.9%, ประเทศซาอุดีอาระเบียเพิ่มขึ้นจาก 6.8% เป็น 19.1%, ประเทศอิหร่านเพิ่มขึ้นจาก 5.7% เป็น 8.1% และประเทศอิสราเอลเพิ่มขึ้นจาก 1.2% เป็น 9.2%⁴ สำหรับในประเทศไทยพบความชุกของโรคนิ่วในท่อไตได้สูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ มีความชุกมากถึง 147 รายต่อประชากร 1,000 คน พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า และอายุเฉลี่ยที่พบแพทย์คือ 50 ปี⁵

ผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตมักมีอาการปวดทันทีทันใด และปวดรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉิน⁶ บางครั้งนิ่วในท่อไตอาจทำให้เกิดอาการปัสสาวะเป็นเลือด ติดเชื้อระบบปัสสาวะ และ/หรือเกิดภาวะเสื่อมการทำงานของไตเฉียบพลันหรือเรื้อรังอันเป็นผลมาจากการอุดตันทางเดินปัสสาวะ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และเกิดผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมได้⁷ โรคนิ่วในท่อไตจึงถือเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขประการหนึ่ง

การรักษาโรคนิ่วในท่อไต สามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเฝ้ารอให้นิ่วหลุดเอง(expectant therapy) โดยการให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม และการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด, การให้ยาขับนิ่วในท่อไต (medical expulsive therapy), การสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอกร่างกายนอก (extracorporeal shock wave lithotripsy), การส่องกล้องสลายนิ่วด้วยเลเซอร์ (ureteroscopic laser lithotripsy) และการผ่าตัดแบบเปิด (ureterolithotomy)⁸ โดย European Association of Urology (EAU) ได้มีการแนะนำแนวทางการรักษานิ่วในระบบปัสสาวะ (EAU guidelines on Urolithiasis) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมถึงการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการกำจัดนิ่ว คือ กรณีนิ่วในท่อไตส่วนบนมีขนาดเล็กกว่า 10 มม. อาจพิจารณาเลือกการรักษาด้วยการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกจากภายนอก หรือการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนิ่วได้ และกรณีนิ่วในท่อไตส่วนบนมีขนาดใหญ่กว่า 10 มม. แนะนำการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนิ่วเป็นหลัก แต่อาจพิจารณาการรักษาด้วยการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกจากภายนอกได้⁹ สอดคล้องกับคำแนะนำในแนวทางการรักษานิ่วโดยการผ่าตัดใน American Urological Association/ Endourological Society guideline : surgical management of stones ซึ่งให้ความเห็นแนวทางการรักษาในทางเดียวกัน¹⁰ แต่เนื่องจากการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนแต่ละวิธีนั้น มีประสิทธิภาพ ข้อดี ข้อเสีย และ

ข้อจำกัดแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น ชนิดและองค์ประกอบของนิ่ว ขนาดและตำแหน่งของนิ่ว ลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วย โรคประจำตัวผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา และศักยภาพในการให้การรักษารักษาของแพทย์และโรงพยาบาล เป็นต้น การเลือกวิธีการรักษานี้จึงจำเป็นต้องเลือกให้เหมาะสมกับเงื่อนไข/อาการเจ็บป่วย สภาพบุคคล และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุผลการรักษาที่พึงประสงค์ ปลอดภัย และคุ้มค่าทั้งในด้านประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบน ด้วยวิธีการส่องกล้องสลายนิ่วด้วยเลเซอร์ และวิธีการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอกร่างกายนอกในโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อสามารถทราบถึงประสิทธิภาพในการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนแต่ละวิธี และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา นำไปสู่การวิเคราะห์ และเลือกใช้วิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ภาวะแทรกซ้อนต่ำ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ผลการศึกษาที่ได้ สามารถนำไปเป็นข้อมูลอ้างอิงให้กับโรงพยาบาล สถาบันการรักษาต่างๆ รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ได้ทราบและประยุกต์ใช้ทั้งในด้านการบริการ และการศึกษาต่อยอดทางคลินิกต่อไปได้

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) โดยศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในท่อไตส่วนบน ที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนิ่วด้วยเลเซอร์(URSL) หรือการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอกร่างกายนอก(ESWL) ในโรงพยาบาลพุทธโสธร ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด คือ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีขนาดของนิ่วในท่อไตส่วนบนไม่เกิน 2 ซม. จากการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง (ultrasonography), การตรวจด้วยภาพถ่ายรังสี (X-ray), และ/หรือการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) อย่างใดอย่างหนึ่ง และเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อระบบปัสสาวะก่อนได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนิ่วด้วยเลเซอร์ หรือการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอกร่างกายนอก และการติดเชื้อนั้นดำเนินมาถึงช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนิ่วด้วยเลเซอร์ หรือการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอกร่างกายนอก, มีภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือไตวายเรื้อรัง ก่อนหรือขณะได้รับการรักษา และ/หรือข้อมูลที่บันทึก

ในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์/ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลพื้นฐาน นำเสนอผลในรูปจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย เบนมาตรฐาน และ/หรือค่ามัธยฐาน ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา นำเสนอโดยใช้วิธีการทางสถิติ คือ ความถี่ (frequency) คิดเป็นค่าร้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-squared test, independent t-test หรือ Fisher's exact test โดยถือระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตส่วนบนที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนีวด้วยเลเซอร์ (URSL) หรือการสลายนีวด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) ในโรงพยาบาลพุทธโสธร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 215 ราย พบมีการบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 13 ราย ภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือไตวายเรื้อรัง ก่อนหรือขณะได้รับการรักษา จำนวน 5 ราย และผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อระบบปัสสาวะ และการติดเชื้อในลำไส้จนถึงช่วงเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนีวด้วยเลเซอร์ หรือการสลายนีวด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย จำนวน 2 ราย ทำให้ผู้ป่วยที่นำมาศึกษาวิเคราะห์จำนวน

195 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนีวด้วยเลเซอร์ จำนวน 95 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย จำนวน 100 ราย

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนีวด้วยเลเซอร์ มีอายุเฉลี่ย 56.73 ± 13.06 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.74 เพศหญิง ร้อยละ 45.26, มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.08 ± 4.48 กก./ม.2, มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 23.16 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.32 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 25.26 และโรคเกาต์ ร้อยละ 5.26, มีขนาดเฉลี่ยของนิ่วโดยรวม คือ 9.73 ± 4.21 มม. ในจำนวนนี้ พบนิ่วขนาดเล็กกว่า 10 มม. ร้อยละ 64.21 และนิ่วขนาดใหญ่กว่า 10 มม. ร้อยละ 35.79 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการสลายนีวด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกายนั้น มีอายุเฉลี่ย 57.58 ± 15.38 ปี, เป็นเพศชาย ร้อยละ 59 เพศหญิง ร้อยละ 41, มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.78 ± 4.24 กก./ม.2, มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 28 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21 และโรคเกาต์ ร้อยละ 7, มีขนาดเฉลี่ยของนิ่วโดยรวม คือ 9.75 ± 3.64 มม. ในจำนวนนี้ พบนิ่วขนาดเล็กกว่า 10 มม. ร้อยละ 65 และนิ่วขนาดใหญ่กว่า 10 มม. ร้อยละ 35 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคนี้ในท่อไตส่วนบนที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนีวด้วยเลเซอร์ (URSL) หรือการสลายนีวด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL)

ข้อมูลพื้นฐาน	URSL (n=95)	ESWL (n=100)
อายุเฉลี่ย (ปี) (mean $\pm$ SD)	56.73 $\pm$ 13.06	57.58 $\pm$ 15.38
เพศ (จำนวน) (%)		
ชาย	52 (54.74)	59 (59)
หญิง	43 (45.26)	41 (41)
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย (กก./ม.2) (mean $\pm$ SD)	25.08 $\pm$ 4.48	24.78 $\pm$ 4.24
โรคประจำตัวร่วม (จำนวน) (%)		
โรคเบาหวาน	22 (23.16)	28 (28)
โรคความดันโลหิตสูง	44 (46.32)	41 (41)
โรคไขมันในเลือดสูง	24 (25.26)	21 (21)
โรคเกาต์	5 (5.26)	7 (7)
นิ่วขนาด < 10 มม. (จำนวน) (%)	61 (64.21)	65 (65)
นิ่วขนาด > 10 มม. (จำนวน) (%)	34 (35.79)	35 (35)
ขนาดเฉลี่ยของนิ่ว (ม.ม.) (mean $\pm$ SD)		
ขนาดเฉลี่ยของนิ่วโดยรวม	9.73 $\pm$ 4.21	9.75 $\pm$ 3.64
ขนาดเฉลี่ยของนิ่ว < 10 มม.	7.02 $\pm$ 1.86	7.52 $\pm$ 1.72
ขนาดเฉลี่ยของนิ่ว > 10 มม.	14.47 $\pm$ 2.71	13.89 $\pm$ 2.42

ผลการรักษานี้ในท่อไตส่วนบนหลังการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) พบ อัตราการหมดของนิ่วโดยรวมคือ 87.37% อัตราการหมดของนิ่วขนาดน้อยกว่า 10 มม. คือ 91.80% และอัตราการหมดของนิ่วขนาดมากกว่า 10 มม. คือ 79.41% ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา คือ 45.49 ± 17.85 นาที ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบได้ ได้แก่ อาการปวดจนต้องให้ยาแก้ปวดแบบฉีด 7.37% ภาวะปัสสาวะปนเลือด 5.26 และโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 5.26 ส่วนผลการรักษานี้ในท่อไตส่วนบนหลังการรักษา

ด้วยการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย(ESWL) พบอัตราการหมดของนิ่วโดยรวมคือ 77% อัตราการหมดของนิ่วขนาดน้อยกว่า 10 มม. คือ 89.23% และอัตราการหมดของนิ่วขนาดมากกว่า 10 มม. คือ 54.28% ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา คือ 49.7 ± 9.10 นาที ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบได้ ได้แก่ อาการปวดจนต้องให้ยาแก้ปวดแบบฉีด 3% ภาวะปัสสาวะปนเลือด 4% และโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 3% (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไตส่วนบนที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) หรือการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย(ESWL)

	URSL	ESWL	P value
อัตราการหมดของนิ่วโดยรวม (%)	87.37	77	0.059
อัตราการหมดของนิ่วขนาด < 10 มม. (%)	91.80	89.23	0.623
อัตราการหมดของนิ่วขนาด > 10 มม. (%)	79.41	54.28	0.015
ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา (นาที) (mean $\pm$ SD)	45.49 ± 17.85	49.7 ± 9.10	0.042
ภาวะแทรกซ้อน			
อาการปวดจนต้องให้ยาแก้ปวดแบบฉีด (%)	7.37	3	0.778
ปัสสาวะปนเลือด (%)	5.26	4	0.343
โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (%)	5.26	3	0.090

วิจารณ์ผลและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา จะเห็นว่า เมื่อพิจารณาโดยรวมการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) และการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) มีประสิทธิภาพในการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนได้ดีไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Preminger et al¹¹ ซึ่งได้รับการอ้างอิงถึงใน Campbell Walsh Urology 12th edition¹² คือ อัตราความสำเร็จโดยรวมในการรักษานิ่วในท่อไตส่วนต้นด้วยการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทก 82% และอัตราความสำเร็จโดยรวมในการรักษานิ่วในท่อไตส่วนต้นด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) 81% แต่หากวิเคราะห์แยกขนาดของนิ่ว จะเห็นว่าอัตราความสำเร็จในการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนลดลง เมื่อนิ่วมีขนาดใหญ่ขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Assimos et al¹³ ซึ่งพบว่า อัตราความสำเร็จในการรักษานิ่วขนาดน้อยกว่า 10 มม. คือ 93% เมื่อรักษาด้วยส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) และ 64% เมื่อรักษาด้วยการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย(ESWL) ส่วนอัตราความสำเร็จในการรักษานิ่วขนาดมากกว่า 10 มม. คือ 83% เมื่อรักษาด้วยส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) และ 62% เมื่อรักษาด้วยการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย(ESWL)

หากวิเคราะห์ในกลุ่มย่อยที่มีขนาดนิ่วน้อยกว่า 10 มม. พบว่า การรักษาทั้ง 2 วิธี มีอัตราการหมดไปของนิ่วที่ใกล้เคียงกัน ไม่มีความแตกต่างกันโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($91.80\% \text{ vs } 89.23\%$, $p>0.05$) ในทางกลับกัน เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มย่อย ที่มีขนาดของนิ่วมากกว่า 10 มม. พบว่า การรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) มีอัตราการหมดไปของนิ่วที่สูงกว่าการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) อย่างชัดเจน ($79.41\% \text{ vs } 54.28\%$, $P<0.05$) สอดคล้องกับผลการวิจัยมากมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ¹⁴⁻¹⁸ ที่พบว่า อัตราการหมดไปของนิ่วในท่อไตส่วนต้นที่มีขนาด > 10 มม. หลังการรักษาโดยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) สูงกว่าอัตราการหมดไปของนิ่วในท่อไตส่วนต้นที่มีขนาด > 10 มม. หลังการรักษาการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) นอกจากนี้ พบว่า การรักษาทั้ง 2 วิธีมีภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาต่ำ จึงแนะนำการรักษาในท่อไตส่วนต้นโดยการสลายนี้วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก ร่างกาย (ESWL) หรือการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) ในผู้ป่วยที่มีขนาดนิ่วน้อยกว่า 10 มม. และแนะนำการรักษาด้วยการส่องกล้องสลายนี้วด้วยเลเซอร์(URSL) เป็นหลักในผู้ป่วยที่มีขนาดนิ่วมากกว่า 10 มม. โดยอาจพิจารณาให้การรักษา

ร่วมกับการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกจากภายนอกร่างกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา เช่นเดียวกับที่ปรากฏใน แนวทางการรักษาโรคนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะของสมาคม ระบบปัสสาวะแห่งยุโรป (EAU guidelines on urolithiasis) และแนวทางการผ่าตัดรักษานิ่วในระบบปัสสาวะของสมาคม ระบบทางเดินปัสสาวะแห่งอเมริกา (American Urological Association (AUA) Endourological Society Guideline on the surgical management of stone)

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการหายของนิ่วและ ข้อบ่งชี้/ข้อห้ามในการรักษาแต่ละวิธี ก็มีผลสำคัญในการ พิจารณาเลือกวิธีการรักษา ยกตัวอย่างเช่น ปัจจัยที่มีผลต่ออัตรา ความสำเร็จในการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทกภายนอก (ESWL)⁹ ได้แก่ ขนาดของนิ่ว ตำแหน่ง (ท่อไต, กรวยไต, ไต) ส่วนประกอบของนิ่ว (ความแข็ง) ลักษณะทางกายภาพ ของผู้ป่วย และกระบวนการ/วิธีการสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก ภายนอก (ESWL)⁹ ได้แก่ ผู้ป่วยตั้งครรภ์, มีภาวะ เลือดหยุดยาก หรือรับประทานยาละลายลิ่มเลือด, มีการติดเชื้อ ในระบบปัสสาวะที่ยังไม่ได้รับการรักษา, มีโครงกระดูก แกนกลางผิดปกติอย่างรุนแรง, มีโรคอ้วนรุนแรง, มีหลอดเลือด แดงโป่งพองในบริเวณใกล้เคียงกับนิ่ว และมีการอุดกั้นของ ทางเดินปัสสาวะในตำแหน่งล่างต่อตำแหน่งของนิ่ว เป็นต้น การเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยจึงควรพิจารณาให้เหมาะสม กับเงื่อนไข/อาการเจ็บป่วย สภาพบุคคล และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุผลการรักษาที่พึงประสงค์ ปลอดภัย และคุ้มค่าทั้งในด้านประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล

นอกจากนี้ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า การรักษาทั้ง 2 วิธี มีระยะเวลาการรักษาสั้น มีภาวะแทรกซ้อนต่ำ และฟื้นตัวเร็ว จึงอาจส่งเสริมให้มีการดำเนินการรักษาแบบ ODS (one day surgery) ซึ่งจะผลิตคือ ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและ ทางอ้อมในระหว่างการรับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตรา ครองเตียง และลดความแออัดของผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เป็นต้น

สำหรับการทำการศึกษาผลการรักษานิ่วในท่อไต ส่วนบนในระยะต่อไป อาจแนะนำการศึกษารวบรวมข้อมูล แบบข้างหน้า(prospective) โดยมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่านี้ และ มีการวางแผนการบันทึกข้อมูลที่เป็นระบบ เพื่อให้ผลที่ได้มี ความชัดเจนและแม่นยำมากขึ้น รวมถึงอาจได้รับข้อมูล/ รายละเอียดอื่นที่ต่อการศึกษามากขึ้น นอกจากนี้ อาจมีการ ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษานิ่วในท่อไตส่วนบนด้วยวิธีอื่น และ/หรือ นิ่วในตำแหน่งอื่นของระบบปัสสาวะ อีกทั้งอาจมี การรวบรวมข้อมูลในระยะสั้นโดยที่อาจรวบรวมผลการผ่าตัด ของศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะหลายท่านในโรงพยาบาลเดียวกัน หรือร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลที่มีขนาดและความเชี่ยวชาญ

ในระดับใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความ กรณาช่วยเหลือของบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่าย โดยเฉพาะ อาจารย์นายแพทย์ศิวฉด ทศนะเมธี ที่กรุณาให้คำปรึกษา รวมถึงเป็นบุคคลตัวอย่าง และเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยได้มี แนวคิดริเริ่มในการทำงานวิจัยนี้ และอาจารย์นายแพทย์ฐิตวัฒน์ วงศ์อมพรพัฒน์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาในระหว่างทำงานวิจัย และ ตรวจสอบผลงานวิจัย ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งยิ่งและขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธรและ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยที่อนุญาตให้ทำงานวิจัย ในโรงพยาบาล

ขอขอบคุณคุณคุณศิริภัตสร คำมา เลขานุการแพทย์ กลุ่มงานศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลพุทธโสธร ที่ช่วยดำเนินการ ประสานงาน และติดตามผลความคืบหน้าระหว่างหน่วยงาน ในโรงพยาบาล

ขอขอบคุณกลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาล พุทธโสธรที่อนุเคราะห์ และให้ความช่วยเหลือในการสืบค้น ข้อมูล ให้สามารถดำเนินงานวิจัยได้อย่างราบรื่น

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ในโรงพยาบาล รวมถึงเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ และกำลังใจ และขอบคุณผู้ที่ให้ความร่วมมือช่วยเหลืออีกหลาย ท่านซึ่งไม่สามารถกล่าวนามในที่นี้ได้หมด จึงขอขอบพระคุณ ทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Sorokin I, Mamoulakis C, Miyazawa K, Rodgers A, Talati J, Lotan Y. Epidemiology of stone disease across the world. *World J Urol.* 2017;35(9): 1301-20
2. Baatiah, N. Y., Alhazmi, R. B., Albathi, F. A., Albogami, E. G., Mohammedkhalil, A. K., & Alsaywid, B. S. Urolithiasis: Prevalence, risk factors, and public awareness regarding dietary and lifestyle habits in Jaddah, Saudi Arabia in 2017. *Urol Ann.* 2020; 12(1): 57-62.
3. Edvardsson VO, Indridason OS, Haraldsson G, Kjartansson O, Palsson R. Temporal trends in the incidence of kidney stone disease. *Kidney Int.* 2013;83(1):146-52.
4. Yu Liu, Yuntian Chen, Banghua Liao, Deyi Luo, Kunjie Wang, Hong Li, Guohua Zeng.

Epidemiology of urolithiasis in Asia. *Asian J Urol.* 2018; 5(4): 205–214.

5. Yanagawa M, Kawamura J, Onishi T, Soga N, Kameda K, Sriboonlue P, et al. Incidence of urolithiasis in northeast Thailand. *Int J Urol.* 1997;4(6):537–40

6. Pearle MS, Calhoun EA, Curhan GC, Urologic Diseases of America P. Urologic diseases in America project: urolithiasis. *J Urol.* 2005;173(3): 848–57

7. มนินท์ อัสวจินตจิตร. ปวดนิ่วเฉียบพลัน (acute renal colic). ภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา : Urological Emergency. กรุงเทพฯ : สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563; 71–89.

8. David A. Leavitt, Jean J.M.C.H. de la Rosette, and David M. Hoenig. Strategies for Nonmedical Management of Upper Urinary Tract Calculi. In: Partin AW, Dmochoski RR, Kavoussi LR, Peters CA, editors. *Campbell–Walsh urology.* 12th ed. Philadelphia (PA): Elsevier; 2021. P. 2069–93.e10

9. European Association of Urology (EAU). EAU guidelines on Urolithiasis. EAU Guidelines. Edn. Presented at the EAU Annual Congress Amsterdam, 2022. ISBN 978–94–92671–16–5.

10. Assimos D, Krambeck A, Miller NL et al: Surgical management of stones: American Urological Association/Endourological Society Guideline, part II. *J Urol* 2016; 196: 1161.

11. Preminger GM, Tiselius HG, Assimos DG, Alken P, Buck AC, Gallucci M, Knoll T, Lingeman JE, Nakada SY, Pearle MS, Sarica K, Trk C, Wolf JS Jr; American Urological Association Education and Research, Inc; European Association of Urology. 2007 Guideline for the management of ureteral calculi. *Eur Urol.* 2007 Dec;52(6):1610–31. doi: 10.1016/j.eururo.2007.09.039. PMID: 18074433.

12. David A. Leavitt, Jean J.M.C.H. de la Rosette, and David M. Hoenig. Strategies for Nonmedical Management of Upper Urinary Tract Calculi. In: Partin AW, Dmochoski RR, Kavoussi LR, Peters CA, editors. *Campbell–Walsh urology.* 12th ed.

Philadelphia (PA): Elsevier; 2021. P. 2069–93.e10

13. Assimos D, Krambeck A, Miller NL, Monga M, Murad MH, Nelson CP, Pace KT, Pais VM Jr, Pearle MS, Preminger GM, Razvi H, Shah O, Matlaga BR. Surgical Management of Stones: American Urological Association/Endourological Society Guideline, PART I. *J Urol.* 2016 Oct;196(4): 1153–60. doi: 10.1016/j.juro.2016.05.090. Epub 2016 May 27. PMID: 27238616.

14. เชษฐา ฐานคร. ผลการรักษาผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อไต ด้วยวิธีส่องกล้องท่อไต(URS) และวิธีการสลายนิ่วด้วยคลื่นเสียงความถี่ต่ำพลังงานสูงในโรงพยาบาลชัยภูมิ. *Chaiyaphum Medical Journal.* 2021. 41(2): 30–41

15. Tiloklurs C., Taweemonkongsap T., Amornvesukit T., Phinthusophon K., Nualyong C., Chotikawanich E. Comparison of Successful Treatment between Ureteroscopic Lithotripsy and Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy for Proximal Ureteric Calculi. *J Med Assoc Thai* 2017; 100 (Suppl. 2): S150–S154

16. Cui X, Ji F, Yan H, Ou TW, Jia CS, He XZ, Gao W, Wang Q, Cui B, Wu JT. Comparison between extracorporeal shock wave lithotripsy and ureteroscopic lithotripsy for treating large proximal ureteral stones: a meta-analysis. *Urology.* 2015 Apr;85(4):748–56. doi: 10.1016/j.urology.2014.11.041. Epub 2015 Feb 10. PMID: 25681251.

17. Iqbal N, Malik Y, Nadeem U, Khalid M, Pirzada A, Majeed M, Malik HA, Akhter S. Comparison of ureteroscopic pneumatic lithotripsy and extracorporeal shock wave lithotripsy for the management of proximal ureteral stones: A single center experience. *Turk J Urol.* 2018 May;44(3):221–227. doi: 10.5152/tud.2018.41848. Epub 2018 May 1. PMID: 29733796; PMCID: PMC5937642.

18. Jung, H.D.; Hong, Y.; Lee, J.Y.; Lee, S.H. A Systematic Review on Comparative Analyses between Ureteroscopic Lithotripsy and Shock-Wave Lithotripsy for Ureter Stone According to Stone Size. *Medicina* 2021, 57, 1369. <https://doi.org/10.3390/medicina57121369>

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด “A study of the quality of life of the elderly in Trat Province”

จรัญ ลีบสอน

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลตราด

Mr.Jarun Seubson

Bachelor of Public Health Trat Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytic Study) รูปแบบรวม (Mixed Research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาแนวทาง การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด ประชากรเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดตราด จำนวนทั้งสิ้น 46,952 คน คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของยามานะ (Yamane) และเก็บข้อมูลสำรองเพิ่มเพื่อป้องกันความผิดพลาด 5% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 417 คน สุ่มเลือกพื้นที่ชุมชนในเขตเทศบาลเมืองตราด ได้ชุมชนบ้านล่าง ตำบลบางพระ อำเภอเมือง จังหวัดตราด และสุ่มเลือกพื้นที่ในเขตชนบทได้หมู่ที่ 1 ตำบลเนินทราย อำเภอเมือง จังหวัดตราด คัดเลือกตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่ม ส่วนกลุ่มตัวอย่างในการสนทนากลุ่ม (Focus Group) คัดเลือกตัวอย่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าวข้างต้น กลุ่มละ 6-10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติ t - test, one - way ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยเชฟเฟ (Scheffe's Method) และการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วย Content analysis การวิจัยพบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 65 - 69 ปี มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ส่วนใหญ่มีผู้ดูแล และเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ส่วนผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน การมีผู้ดูแลต่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P < 0.05$) สำหรับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุพึงปรารถนา ได้แก่ 1.) การสร้างนโยบายสาธารณะ และดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ 2.) การส่งเสริมสถาบันครอบครัวในการจัดกิจกรรมร่วมกัน 3.) ควรจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง 4.) จัดให้มีอาสาสมัครหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน/หมู่บ้าน 5.) จัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ 6.) จัดให้มีการให้บริการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตและส่งเสริมกิจกรรมคลายความเครียด 7.) จัดกิจกรรมเพิ่มรายได้และเพิ่มคุณค่าเพื่อมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุให้มีบทบาทเป็นที่ยอมรับ 8.) เปิดโอกาสให้ได้แสดงความสามารถในฐานะเป็นคลังสมองในการเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 9.) จัดสวัสดิการต่างๆ ให้ครอบคลุมทุกด้าน

ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลและแนวทางให้ภาครัฐและเอกชนนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดสวัสดิการที่เหมาะสม รวมถึงการพัฒนากิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและศักยภาพให้แก่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญและนำมาซึ่งความท้าทายในหลายมิติทั้งการลดลงของจำนวนแรงงานที่อาจส่งผลต่อการขยายตัวทางเศรษฐกิจการออกแบบระบบบำนาญและบำนาญการสร้างความมั่นคงทางการเงินหลังวัยเกษียณ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้วนแต่จำเป็นต้องมีมาตรการและการเตรียมพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรอบด้านและรองรับบริบทสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยที่ปัจจุบันกำลังเปลี่ยนผ่านเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ

เพิ่มขึ้นขณะที่ประชากรในวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคอาเซียน นอกจากนี้ระดับรายได้ต่อหัวและระดับการศึกษาของไทยยังต่ำกว่าประเทศอื่นที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ผลจากการเปลี่ยนผ่านสู่สังคมผู้สูงอายุของไทยที่เกิดขึ้นรวดเร็วและรุนแรงกว่าในหลายประเทศรัฐบาลไทยจึงให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเริ่มออกมาตรการรับมือในด้านต่าง ๆ อาทิการลดภาษีนิติบุคคลให้แก่สถานประกอบการที่มีการจ้างงานผู้สูงอายุการให้สินเชื่อกู้ยืมอสังหาริมทรัพย์แก่ผู้สูงอายุ (Reverse Mortgage) และการให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังได้บรรจุประเด็นความท้าทายของสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในร่างยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2560 – 2579) อย่างไรก็ดีมาตรการเหล่านี้ยังไม่สามารถตอบโจทย์ของประเทศไทยได้ทั้งหมด (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2561: 85) ขณะที่จำนวนรวมของประชากรประเทศไทย ก่อนข้างจะคงตัวนั้นประชากรในกลุ่มที่เป็นส่วนยอดของพีระมิดหรือประชากรผู้สูงอายุมีขนาดใหญ่ขึ้น และที่สำคัญคือเติบโตอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ.2553 ที่ผ่านมามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 7.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรประเทศไทยทั้งหมดแต่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุนี้อาจเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยอัตราปีละประมาณร้อยละ 5 ทำให้เพิ่มจำนวนขึ้นอีกเท่าตัวเป็นประมาณ 15 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้าซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและเพิ่มเป็น 16.6 ล้านคน ในอีก 30 ปีข้างหน้าหรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 27 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563)

จากการศึกษาแผนยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งชาติที่ผ่านมาพบว่ายุทธศาสตร์ที่ดำเนินการนั้นไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่เข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วคือยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมคนก่อนวัยสูงอายุและยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองโดยเฉพาะที่ซ้ำไม่ทันการคือ “การสร้างหลักประกันรายได้” เพราะมีถึง 2 ใน 3 ของแรงงานทั่วประเทศ หลักประกันรายได้อังไม่เพียงพอ คือถูกจ้างเอกชนที่อยู่ในกองทุนประกันสังคมและแรงงานนอกระบบขณะที่มาตรการการสร้างหลักประกันรายได้โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำก็ยังไม่มีความคืบหน้า (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561: 69) ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2554-2564 มียุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมการ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นการเตรียมความพร้อมของประชากรเมื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ เน้นการปลูกฝังจิตสำนึกให้สังคมรอบรู้ที่อบอุ่น ใฝ่มั่นแข็งแรง โดยมิเพิกเฉย

ข้อหนึ่งในนั้นว่า สมาชิกของครอบครัวอยู่ร่วมกันทั้ง 3 วัยในบ้านเดียวกันหรือในบริเวณเดียวกัน

2. ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมการจัดตั้งและการดำเนินงานผู้สูงอายุและเครือข่ายกรมอนามัย เช่น จัดทำคู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในทุกจังหวัด ทุกตำบล มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกโรงพยาบาล เป็นต้น

3. ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบการคุ้มครองทางสังคม มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งเสริมให้วัดเป็นศูนย์กลางของชุมชน และจัดสถานที่ให้เฝ้าต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำคนพิการและผู้สูงอายุมีสถานที่ให้ผู้สูงอายุและชมรมออกกำลังกาย เป็นที่ถ่ายทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม

ในด้านบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขนั้นมีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเน้นที่ว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเตรียมความพร้อม และมีการตรวจสุขภาพเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองเพื่อการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข ตามขั้นตอนและมีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเรื่องของผู้สูงอายุ เช่น กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุรับผิดชอบทางด้านวิชาการบำบัดรักษา กรมส่งเสริมสุขภาพดูแลในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพกาย กรมสุขภาพจิต ดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สนับสนุนการวิจัยและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั่วประเทศและทางค่านโยบายและแผนมีส่วนกำหนดนโยบายและประสานงานในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นของผู้สูงอายุ รัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญโดยยึดแนวนโยบายตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 54 เกี่ยวกับการช่วยเหลือการยังชีพและมาตรา 80 ที่ส่งเสริมในเรื่องการพึ่งพาตนเองปัญญาผู้สูงอายุไทย ควรได้เรียนรู้ในการดูแล สุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันการเข้าถึงหลักประกันและบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกันรวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและการดูแลผู้สูงอายุนั้น ซึ่งจะแบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 4 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีโรคเรื้อรัง/ช่วยเหลือตัวเองได้ภาวะทุพพลภาพ/ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง ภาวะทุพพลภาพ/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย

จากสภาพปัญหาและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจ ศึกษาวิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะนำไป

ใช้ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพในการดำเนินชีวิต ในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมถึงชุมชนได้แนวทางสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพในการดำเนินชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่น สามารถนำ ผลการวิจัยนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ ต่อไป

3.วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด
- 2.3 เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดตราด

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด เป็นการวิจัยประเภทพรรณนา (Descriptive research) รูปแบบรวม (mixed design) ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยมีวัตถุประสงค์ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อรวบรวมข้อมูลจากตัวแทนผู้สูงอายุจากชุมชนในเขตเทศบาลเมืองตราด และในเขตชนบท ของจังหวัดตราด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร ได้แก่ผู้สูงอายุ สัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในพื้นที่จังหวัดตราด จำนวนทั้งสิ้น 46,952 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุสัญชาติไทย ที่มีอายุ 60 ขึ้นไป ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดตราด โดยการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ของ Yamane จำนวน 417 คน ได้แก่

- 1) เขตเทศบาล จำนวน 133 คน
- 2) เขตชนบท จำนวน 284 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ

พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) จากประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองตราด ชุมชนบ้านล่าง และในเขตชนบท หมู่ที่ 1 ตำบลเนินทราย อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด กลุ่มละ 6 - 10 คน รวม 2 กลุ่ม เพื่อนำมาสนทนากลุ่ม (Focus Group) 1.) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2.) อาศัยอยู่ในชุมชนนี้เป็นประจำ และหรือไม่น้อยกว่า 1 ปี จนถึงวันที่เก็บข้อมูล 3.)สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ 4.) สามารถฟัง สื่อสาร และกล้าให้ข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มได้

ผลการศึกษาวิจัย

ผลจากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด พบว่า ในภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดตราด ทั้ง 6 ด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี และด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ตามลำดับ โดยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X}$ = 4.03, S.D. = 0.82) 2) ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ($\bar{X}$ = 3.78, S.D. = 0.89) 3) ด้านสภาพร่างกายที่ดี ($\bar{X}$ = 3.69, S.D. = 0.88) และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ($\bar{X}$ = 3.38, S.D. = 0.99) 2) ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ($\bar{X}$ = 3.16, S.D. = 1.05) 3) ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ($\bar{X}$ = 3.14, S.D. = 0.97) และยังพบอีกว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด อยู่ในระดับปานกลาง

เพศ เพศที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมแตกต่างกัน (t = 3.98, p - value = 0.000) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยพบว่า เป็นเพศชาย มีคะแนนคุณภาพชีวิต ($\bar{X}$ = 3.43, S.D. = 0.22) สูงกว่าเพศหญิง ($\bar{X}$ = 3.98, S.D. = 0.23)

อายุ อายุที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน (F = 6.21, p - value = 0.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด แตกต่างกันอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 1.53$, $p - \text{value} = 0.205$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษามีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ($F = 5.46$, $p - \text{value} = 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ต่อเดือน รายได้ต่อเดือนที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ($F = 4.16$, $p - \text{value} = 0.0022$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีผู้ดูแลการมีผู้ดูแลที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมแตกต่างกัน ($t = 2.15$, $p - \text{value} = .032$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การมีโรคประจำตัว การมีโรคประจำตัวที่ต่างกัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมไม่แตกต่างกัน ($t = 1.06$, $p - \text{value} = 0.286$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด ได้แก่ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะและดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมสถาบันครอบครัวในการจัดกิจกรรมร่วมกัน 3) ควรจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง 4) จัดให้มีอาสาสมัครหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชน/หมู่บ้าน 5) จัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ 6) จัดให้มีการให้บริการคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตและส่งเสริมกิจกรรมคลายความเครียด 7) จัดกิจกรรมเพิ่มรายได้และเพิ่มคุณค่าเพื่อการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุให้มีบทบาทเป็นที่ยอมรับ 8) เปิดโอกาสให้ได้แสดงความสามารถในฐานะเป็นคลังสมองในการเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ 9) จัดสวัสดิการต่างๆให้ครอบคลุมทุกด้าน จะเห็นได้ว่า แนวทางการพัฒนาดังกล่าว ประกอบด้วย การส่งเสริมด้านสุขภาพ การรักษาพยาบาล บริการหน่วยเคลื่อนที่สร้างศูนย์และอบรมอาสาสมัครดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง จัดให้มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ทั้งโดย อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้นำท้องถิ่น จัดทำ

กิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว และในสังคม จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการสนทนา การจัดสถานที่ในการออกกำลังกาย สนับสนุนอุปกรณ์การกีฬา จัดกิจกรรมให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้มีประสบการณ์ แต่งตั้งเป็นที่ปรึกษาในด้านต่าง ๆ และจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา สามารถนำไปใช้ประกอบการจัดทำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดตราด
2. ชุมชนได้แนวทางสำหรับการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีให้กับผู้สูงอายุให้มีคุณภาพในการ ดำเนินชีวิต ที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนหรือท้องถิ่น สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนหรือพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย พบว่า การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดตราด อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นเพื่อให้การบริหารจัดการในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น หน่วยงานหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

1.1 ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ในภาพรวมควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุง โดยเน้นในด้านความเป็นอยู่ที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำอาชีพเสริมรายได้ มีการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้สะดวกสบาย และที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุเมื่อใช้งาน เช่น ห้องน้ำ เป็นต้น

1.2 ด้านสภาพร่างกายที่ดี ในภาพรวมควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโดยเน้นในด้านการรักษาพยาบาลสุขภาพของผู้สูงอายุ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การรักษาผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย อย่างเท่าเทียม ไม่เหลื่อมล้ำ ไม่คำนึงว่าเป็นญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง หรือแยกให้บริการระหว่างคนจน คนรวย คนมีหน้ามีตา หรือคนมีสิทธิ

1.3 ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ในภาพรวมควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุง โดยเน้นการสร้างให้ผู้สูงอายุกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ กับคนรอบข้าง เช่นครอบครัว ทั้งนี้เพราะชอบปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อื่นมากกว่าที่จะตัดสินใจเอง

1.4 ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ในภาพรวมควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุง โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น เช่น ไปพบปะ สังสรรค์รับประทานอาหาร ร่วมประชุมกลุ่ม งานเลี้ยง งานศพ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนของผู้สูงอายุจัดอย่างสม่ำเสมอ

1.5 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในภาพรวมควรมีการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนของผู้สูงอายุ และมีการวางแผนในการไปเที่ยวกับ เพื่อน ๆ ของผู้สูงอายุด้วย

1.6 ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ในภาพรวมควรกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาและปรับปรุงโดยเน้นให้ผู้สูงอายุคิดเชิงบวกว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อคนอื่น ๆ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ยังเป็นที่รัก และนับถือจากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมุ่งเน้นปรับสภาพแวดล้อมเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเครียดในสิ่งต่าง ๆ รอบข้างตัว

ข้อเสนอแนะด้านการนำไปใช้

1) หน่วยงานภาครัฐบาลควรจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อรวมกลุ่มทำกิจกรรม ต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อก่อให้เกิดรายได้ เกิดคุณค่าในตัวเอง ได้แสดงความสามารถในฐานะเป็นคลังสมอง และเป็นที่ยอมรับของสังคม

2) หน่วยงานภาครัฐบาลควรจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ศูนย์ออกกำลังกายเพื่อนันทนาการ ให้ผู้สูงอายุมีการผ่อนคลาย สร้างเครือข่าย มีการทำกิจกรรมต่าง ๆ กับเพื่อนผู้สูงอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้บริหาร บุคลากร สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และทุกๆ ท่านในพื้นที่ศึกษาวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). ยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมคนก่อนวัยสูงอายุ และยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครอง. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2565, จาก <http://www.dop.go.th/>.

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชลธิชา จันทน์แจ้ง และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธาตุ อำเภอบางบาล จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 13”. ณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ณรงค์ คุณสุข. (2559). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลแสนตอ อำเภอบางบาล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.

นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 21(1); 37-44.

พนัญชา พานิชชีวะกุล. (2537). การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสมมติสำหรับผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์สาธิตการศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชรีย์ หล้าแหล่ง. (2556). การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวสวนปาล์ม น้ามันในพื้นที่ภาคใต้. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดชุมพร.

สายโสม วิสุทธิยานนท์ และรัชนิกร โชติชัยสถิต. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลลำไย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. การประชุมเสนอผลงานวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่ 3. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด. (2564). เอกสารบรรยายสรุปเพื่อรับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 6. ตราด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด.

องค์การอนามัยโลก. (2561). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2562 จาก www.un.or.th-world-health-organization-who

อรนิษฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. กรุงเทพฯ. สาขาวิชาการบริหารและการจัดการสมัยใหม่ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม

ปัจจัยที่มีผลต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ของประชาชนในโรงพยาบาลบางจาก เขตอำเภพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

วัชรศรี เอี่ยมศิริแสงทอง, พ.บ. กลุ่มงานศัลยกรรมทั่วไป
โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง : วิธีคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ Colorectal cancer (CRC) ได้ถูกคิดค้นและใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ หนึ่งในวิธีที่ได้รับความนิยมและมีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศคือ การตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล Fecal Immunochemical Test (FIT)

วัตถุประสงค์ : ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นในเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล

วิธีการ : เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยรวบรวมข้อมูล ของประชาชนที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่โรงพยาบาลบางจาก ซึ่งมีอายุมากกว่า 50 ปี ในช่วง (ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2560-30 ก.ย. 2564) โดยผู้ป่วยจะได้รับการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล หลังจากนั้นจะได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) โดยมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ในผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเป็นเลือด (Lower GI bleeding) และนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ความสัมพัทธ์ ด้วยโปรแกรมสถิติค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกส์ Multiple logistic regression analysis

ผล : พบว่ามีผู้ที่ได้รับการคัดกรอง FIT จำนวนทั้งหมด 601 ราย และผลจากการตรวจ FIT Test Positive ทั้งหมด 319 ราย ถูกคัดออกจากอาการถ่ายเป็นเลือด 85 ราย

และเหลือกลุ่มตัวอย่าง 234 ราย ผลการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบกระเปาะลำไส้ใหญ่(Diverticulosis) 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ตังเนื้อในลำไส้ใหญ่(Polyp) 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.1 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 ไม่พบความผิดปกติ (False Positive) ทั้งหมด 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.4 ปัจจัยที่มีผลต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ของประชาชนในเขตอำเภพระประแดง โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ คือปัจจัยด้าน อายุ, โรคประจำตัว และประวัติการใช้ Aspirin ($P\text{-value}<0.05$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีการใช้ยา aspirin มีโอกาสเกิดผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ได้ 4.87 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีประวัติการใช้ Aspirin และพบว่าปัจจัยด้าน เพศ, ดัชนีมวลกาย (BMI), การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราไม่มีผลต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอลโรงพยาบาลบางจาก อำเภพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ($P\text{-value} >0.05$)

สรุป : พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกคือ อายุ, โรคประจำตัว และประวัติการใช้ยา Aspirin

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่, วิธีคัดกรอง, ผลบวก, ตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ

Factors related to False Positive FIT (Fecal Immunochemical Test) Situated in Bangchak Hospital, Phrapradaeng District, Samutprakarn Province

Watcharade Iamsirisaengthong, M.D. Department of General Surgery
Bangchak Hospital, Samutprakarn Province

ABSTRACT

BACKGROUND : In recent years fecal immunochemical test (FIT) has been offered as one of primary screening test for colorectal cancer (CRC) in a growing number of countries

OBJECTIVES : Our study aimed to identify factors associated with false-positive results of FIT

METHODS : In this retrospective study, data of participants aged over 50 years old in a screening colorectal program (FIT then colonoscopy) at Bangchak Hospital were collected between October 2017 to September 2021. The main outcome measurements were rates and factors associated with false-positive FIT. Cut-off FIT 50 ng/ml¹⁴ Relative sensitivity: 189/199=95% (95%CI :91%~97.6%)¹⁴ Relative specificity: 802/806=99.5% (95%CI :98.7%~99.9%)¹⁴ Exclusion criteria was presenting with Lower GI bleeding, the data was analyzed using multiple logistic regression analysis. **RESULTS:** The number of participants was 601, 319 presented with FIT positive. 85 were excluded due to presenting symptom of

lower GI bleeding, so sample size was 234. Colonoscopic finding were diverticulosis 1(0.4%), polyps 33(14.1%), cancer 40(17.1%) and normal finding 160(68.4%). Factors related to false-positive FIT in Bangchak Hospital, Phrapradaeng District, Samutprakarn Province were old age (>65 years old), underlying disease and history of aspirin used (P-value<0.05). In this study showed that participants with history used of aspirin have a chance of false positive FIT 4.87 times of participants without history used of aspirin, Factors not related to false-positive FIT were sex, BMI, smoking and alcohol consumption (P-value >0.05)

CONCLUSIONS : Factors related to false-positive FIT (Fecal Immunochemical Test) situated in Bangchak Hospital, Phrapradaeng District, Samutprakarn Province were age, underlying disease and aspirin used.

KEYWORDS : colorectal cancer, screening, false-positive, fecal immunochemical test

บทนำ (INTRODUCTION)

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ในปี 2555 ทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1.4 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 7 แสนราย¹ อัตราการรอดชีวิตขึ้นอยู่กับระยะของโรคเมื่อได้รับการวินิจฉัย โดยในระยะที่หนึ่ง มีโอกาสรอดชีวิตหลังจาก 5 ปี ประมาณร้อยละ 90 และเกินร้อยละ 10 มาเล็กน้อย ในระยะที่สี่² อีกทั้งธรรมชาติของมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีการโตค่อนข้างช้าในเวลาหลายปี^{3,4} จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการที่จะคัดกรองเพื่อที่จะพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต้น โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกจะไม่มีอาการใดๆ ที่แสดงออกมาพบเห็นอย่างชัดเจน ต่อมาเมื่อมีอาการเลือดออกปนกับมูกและอุจจาระหรืออุจจาระมีก้อนเล็กกลอง หรือมีอาการลำไส้ใหญ่อุดตัน ก็มักจะมีการกระจายของโรคมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองและตับแล้ว ทำให้ผลการรักษาไม่หายขาดในทุกๆ ราย ดังนั้นการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต้น ซึ่งเป็นวิธีการตรวจเชิงรุกในการค้นหาโรคมะเร็งก่อนที่จะมีอาการจะปรากฏ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยต่อเนื่องที่ซับซ้อนและรุนแรง ช่วยลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของผู้ป่วยและช่วยลดงบประมาณของประเทศที่จะนำมาใช้ในการดูแลและรักษา จากสถิติโรงพยาบาลบางจากพบว่าอัตราการตายในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบเป็นอันดับที่ 3 ของการเสียชีวิตด้วยมะเร็งในพื้นที่อำเภอพระประแดง อัตราการป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ ในปี 2561-2563 ร้อยละ 0.52, 0.55, 0.56 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ พบอัตราการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งลำไส้ของพื้นที่อำเภอพระประแดง ได้มากถึงร้อยละ 99.16

วิธีการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ถูกคิดค้นและใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศ หนึ่งในวิธีที่ได้รับความนิยมและมีการใช้อย่างแพร่หลายในหลายประเทศคือ Fecal Immunochemical Tests (FIT)⁵ ซึ่งเป็นการตรวจหา Human Hemoglobin ในอุจจาระ และในรายที่ผล FIT เป็นบวก ตามมาตรฐานจะได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ (Colonoscopy) ต่อไป⁶ ซึ่งผลการส่องกล้อง Colonoscopy ที่ผิดปกติคือกลุ่มที่ตรวจพบ Polyp หรือตรวจพบ Cancer (Neoplastic finding)

จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า FIT สามารถให้ผลบวกได้ถึงร้อยละ 4.3-15.7⁷⁻¹² เช่น ในการศึกษาของ Stegeman ที่ทำในประเทศ Netherlands พบว่าไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล⁹, ในการศึกษาของ Wong MC ที่ทำในประเทศ Hong Kong พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิม-

มูโนเคมีคอล ได้แก่ สูงอายุ และการสูบบุหรี่¹⁰, ในการศึกษาของ Chiang TH ที่ทำในประเทศ Taiwan พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกได้ถึงแก่ การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet เช่น Aspirin)¹¹, ในการศึกษาของ Kim NH ที่ทำในประเทศ Korea พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกคือ สูงอายุ, การพบ Diverticulosis และ Hemorrhoid¹² ในการศึกษาของ Amitay ที่ทำใน Germany พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ สูงอายุ, BMI>30, การสูบบุหรี่, ประวัติการใช้ Aspirin¹³ โดยผลบวกถูกนิยามด้วยการที่ผล FIT เป็นบวก แต่จากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่กลับไม่พบลักษณะของมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือด่างเนื้อที่อาจจะพัฒนาต่อไปเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ในภายหลัง (neoplastic finding) ทั้งนี้ในการศึกษานี้ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่พยาธิสภาพอื่นที่ไม่ได้สัมพันธ์กับมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการศึกษาข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งลำไส้ ในโรงพยาบาลบางจาก พบอัตราการคัดกรองผู้ป่วยในเขตอำเภอพระประแดง มีอัตราการคัดกรองเป็นผลบวกในปี 2561-2564 ร้อยละ 49.0, 34.86, 37.31, 35.52 ตามลำดับ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการคัดกรอง FIT ที่ให้ผลบวกลงในพื้นที่อำเภอพระประแดงและปัจจัยที่มีผลต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล (FIT) ซึ่งยังไม่ค่อยมีการศึกษาในประเทศไทย เพื่อนำผลที่ได้มาขยายผลไปใช้กับการแปลผลโปรแกรมคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิเคราะห์ผลการตรวจและการวางแผนการรักษาต่อไป

วิธีการศึกษา (METHODS)

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) ที่ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยรวบรวมข้อมูล ของประชาชนทั้งหมดที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่โรงพยาบาลบางจาก ซึ่งมีอายุมากกว่า 50 ปี ในช่วง (ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2560-30 ก.ย. 2564) พบว่ามีผู้ที่ได้รับการคัดกรอง FIT (Cut-off FIT 50 ng/ml)¹⁴ Relative sensitivity: 189/199=95% (95%CI :91%~97.6%)¹⁴ Relative specificity: 802/806=99.5% (95%CI :98.7%~99.9%)¹⁴ จำนวนทั้งหมด 601 คนและผลจากการตรวจ FIT Positive จำนวน 319 คนคิดเป็นร้อยละ 53.07 ของการตรวจคัดกรองทั้งหมด แบ่งเป็นชาย 137 คน หญิง 182 คน ทั้งหมด 319 คนโดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการถ่ายเป็นเลือดจำนวน 85 คน กลุ่มที่ไม่มีอาการ 234 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel จำนวนจากสูตร

$$N = \frac{Z^2 \alpha/2 P (1-P)}{d^2}$$

โดย N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$Z^2 \alpha/2 = 1.96$$

P = Sensitivity ของ FIT test 95% = 0.95

$$1-P = 0.05$$

d^2 = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ สูงสุดเท่ากับ 0.05

จำนวนประชากรที่จะทำการศึกษาจากการคำนวณ $N=72.99$ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีผล FIT Positive ทั้งหมด จำนวน 234 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ คำนวณมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว ประวัติการรับประทานยาแอสไพริน ประวัติดื่มสุรา สูบบุหรี่ กับผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา (RESULTS)

พบว่าเก็บข้อมูลผลจากการตรวจ FIT Positive ทั้งหมด 319 คน กลุ่มที่ไม่มีอาการ 234 คน และเป็นกลุ่มมีอาการถ่ายเป็นเลือดร่วมด้วยจำนวน 85 คน กลุ่มที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการถ่ายเป็นเลือดและมีผล FIT Positive จำนวน 234 คน โดยจำแนกเป็นเพศหญิง 139 คนคิดเป็น

ร้อยละ 59.4 เพศชาย 95 คน คิดเป็นร้อยละ 40.6 กลุ่มอายุ ส่วนใหญ่มากกว่า 65 ปี จำนวน 152 คนคิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มอายุน้อยกว่าเท่ากับ 65 ปี มีจำนวน 82 คนคิดเป็นร้อยละ 35 BMI ส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 จำนวน 204 คนคิดเป็นร้อยละ 87.2 กลุ่ม BMI มากกว่า 30 จำนวน 30 คนคิดเป็นร้อยละ 12.8 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 168 คน คิดเป็นร้อยละ 71.8 ไม่มีโรคประจำตัว 66 คนคิดเป็นร้อยละ 28.2 การรับประทานยา aspirin ไม่มีประวัติ aspirin 170 คนคิดเป็นร้อยละ 72.6 มีประวัติ aspirin 64 คนคิดเป็นร้อยละ 27.4 ประวัติไม่มีสูบบุหรี่ 227 คนคิดเป็นร้อยละ 97 สูบบุหรี่ 7 คนคิดเป็นร้อยละ 3 ประวัติไม่ดื่มสุรา 223 คนคิดเป็นร้อยละ 95.3 ดื่มสุรา 11 คนคิดเป็นร้อยละ 4.7 ผลการส่องกล้องตรวจในผู้ป่วย Fit Positive พบว่าผลปกติ 160 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมาพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 40 คน คิดเป็นร้อยละ 17.1 และพบ Polyps จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 และ Diverticulosis 1 คนคิดเป็นร้อยละ 0.4 ตามลำดับ ดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามเพศ อายุ BMI อาการแสดง โรคประจำตัว ประวัติการได้รับยา Aspirin ประวัติการสูบบุหรี่ สุรา ผลการส่องกล้อง ของกลุ่มตัวอย่าง (N = 234)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	40.6
หญิง	139	59.4
อายุ		
< เท่ากับ 65 ปี	82	35.0
มากกว่า 65 ปี	152	65.0
BMI (kg/m ²)		
< เท่ากับ 30	204	87.2
มากกว่า 30	30	12.8

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	168	71.8
ไม่มีโรคประจำตัว	66	28.2
การใช้ยา aspirin		
มีประวัติ Aspirin	64	27.4
ไม่มีประวัติ Aspirin	170	72.6
ประวัติสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	7	3.0
ไม่สูบบุหรี่	227	97.0
ประวัติดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	11	4.7
ไม่ดื่มสุรา	223	95.3
Colonoscopy finding		
Normal	160	68.4
Diverticulosis	1	0.4
Polyps	33	14.1
CA	40	17.1

เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรองและมีผลบวกจากการตรวจอุจจาระ Fit Positive โดยการวิเคราะห์ด้วยวิธีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ โรคประจำตัว และประวัติการใช้ Aspirin ต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอลโรงพยาบาลบางจาก อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (P-value<0.05)* แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้าน เพศ คำนวณมวลกาย (BMI) และประวัติสูบบุหรี่ ประวัติดื่มสุราไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล

โรงพยาบาลบางจาก อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ (P-value >0.05)

คนที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอลได้ 0.47 เท่าของคนที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ได้ 0.11 เท่าของคนที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว และผู้ที่ไม่มีประวัติการใช้ยา aspirin มีโอกาสเกิดผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอลได้ 4.87 เท่าของคนที่มีประวัติการใช้ Aspirin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลเพศ อายุ BMI โรคประจำตัว การใช้ยา Aspirin ประวัติการสูบบุหรี่ คัมสุรากับผลบวกผลลบจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรทางสถิติค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) (N=234)

ตัวแปร	B	p-value	Odd Ratio	95% CI for Exp (B)	
				Lower	Upper
เพศ	0.08	.815	1.08	0.53	2.20
อายุ	-0.73	.039*	0.47	0.23	0.96
BMI	0.75	.095	2.12	0.87	5.13
โรคประจำตัว	-2.18	.000*	0.11	0.05	0.23
การใช้ยา aspirin	1.58	.000*	4.87	2.33	10.16
ประวัติสูบบุหรี่	-19.16	.999	0.00	0.00	0.00
ประวัติคัมสุรา	-18.92	.999	0.00	0.00	0.00

วิจารณ์ (Discussion)

ในการศึกษานี้ พบว่าจากข้อมูลการศึกษาย้อนหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรอง FIT จำนวน 601 คน พบผล Fit Positive จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 53.07 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเป็นเลือดจำนวน 85 คน และเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ 234 คน จากการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล (FIT) ทั้งหมดของ โรงพยาบาลบางจากและเมื่อติดตามผลการส่องกล้อง Colonoscopy กลุ่ม Fit Positive ทั้งหมดพบว่า มีผล Cancer จำนวน 40 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.1 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยเป็น cancer สูงกว่าการศึกษาของ วิ โรจนศิริประภา (2020)¹⁵ ซึ่งศึกษาความแม่นยำของการตรวจ Fit test ในพื้นที่โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ พบ malignant ร้อยละ 5.3 อาจเนื่องมาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยเลือกมาจาก ผู้ป่วยที่มีผล Fit Positive ทั้งหมด ในช่วงเวลา 4 ปีย้อนหลัง ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกระตุ้นแรงจูงใจ เพิ่มการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่สูงขึ้น จึงอาจส่งผลให้พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นต่างจากการศึกษาวิจัยในครั้งก่อน และ Polyps 33 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.1 และพบว่ากลุ่ม (Neoplastic finding) คิดเป็นร้อยละ 31.2 และพบกลุ่ม Normal , Diverticulosis จำนวน 160 และ 1 คน (Non-neoplastic finding) คิดเป็นร้อยละ 68.8 จากผลที่ได้พบว่าการตรวจ Fit ในการศึกษาครั้งนี้ มีผลบวกผลลบสูงกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ (ร้อยละ 4.3-15.7)⁷⁻¹²

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ FIT Positive จากการตรวจตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล โรงพยาบาลบางจาก อำเภอบางปะกง จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ เพศ อายุ คำนวณมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว และ

ประวัติการใช้ยาแอสไพรินเป็นประจำ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกผลลบจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอลโรงพยาบาลบางจาก อำเภอบางปะกง จังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาแอสไพรินเป็นประจำ สามารถอธิบายได้ว่าคนที่อายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสเกิดผลบวกผลลบจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ได้ 0.47 เท่าของคนที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเกิดผลบวกผลลบจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ได้ 0.11 เท่าของคนที่ไม่ใช่โรคประจำตัว และผู้ที่มีการใช้ยา aspirin มีโอกาสเกิดผลบวกผลลบจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ได้ 4.87 เท่าของคนที่ไม่ใช่ประวัติการใช้ Aspirin อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี FIT จะแสดงผลการตรวจเป็นค่าบวกหรือค่าลบนั่น อาจขึ้นกับปัจจัยของผู้ป่วยที่มีอาการอุจจาระปนเลือด อาการแสดงต่างๆ ที่พบในผู้ที่มาเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจเกิดจากความผิดปกติอื่นๆ ได้ เช่น โรคระบบทางเดินอาหารโรคแผลในกระเพาะอาหาร (Peptic Ulcer) โรคกรดไหลย้อน หรือกระบวนการขับถ่ายที่ผิดปกติ ซึ่งมักพบได้เป็นประจำในคนสูงอายุ เป็นต้น และจากการศึกษาครั้งนี้ พบผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการตรวจ FIT ที่ให้ผลเป็นบวกพบโรคประจำตัวที่พบสูงสุดได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80.87 ที่เป็นปัจจัยส่งผลให้แสดงผลการตรวจ FIT ให้ผลบวกผลลบ

ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น ในการศึกษาของ Stegeman ที่ทำในประเทศ Netherlands

พบว่าไม่มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล⁹, ในการศึกษาของ Wong MC ที่ทำในประเทศ Hong Kong พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ได้แก่ สูงอายุ และการสูบบุหรี่¹⁰, ในการศึกษาของ Chiang TH ที่ทำในประเทศ Taiwan พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลบวกได้แก่ การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด(Antiplatelet เช่น Aspirin)¹¹, ในการศึกษาของ Kim NH ที่ทำในประเทศ Korea พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลบวก คือ สูงอายุ, การพบ Diverticulosis และ Hemorrhoid¹², ในการศึกษาของ Amitay ที่ทำใน Germany พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ สูงอายุ, BMI>30, การสูบบุหรี่, ประวัติการใช้ Aspirin)¹³

สรุป(Conclusion)

การใช้ FIT ในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาจจะมีผลบวกสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้ยา aspirin มีโอกาสเกิดผลบวกจากการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีทางอิมมูโนเคมีคอล ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยสัมพันธ์ในการให้ผล FIT บวกสูงได้และจะนำไปสู่การตรวจ Colonoscopy ที่ไม่จำเป็น ส่งผลต่อผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ Investigate ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้ป่วยและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แม้ผลบวกสูงในการตรวจ FIT อาจไม่ได้สัมพันธ์กับมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่อาจจะสัมพันธ์กับภาวะอื่น ๆ ที่ทำให้พบเลือดออกในทางเดินอาหาร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ โรงพยาบาลบางจาก อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ที่ให้โอกาส สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ เพื่อระมัดระวังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดผลบวกในการใช้ FIT สำหรับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ก่อนที่จะส่งตรวจ Colonoscopy ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือทำในหลายโรงพยาบาลเพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยและลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง (REFERENCE)

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBaseno. 11, vol. 2017. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013.
2. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2014, vol. 2018 Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2016.
3. Brenner H, Altenhofen L, Stock C, et al. Natural history of colorectal adenomas : birth cohort analysis among 3.6 million participants of screening colonoscopy. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2013;22:1043–51.
4. Brenner H, Altenhofen L, Katalinic A, et al. Sojourn time of preclinical colorectal cancer by sex and age : estimates from the German national screening colonoscopy database. Am J Epidemiol 2011;174:1140–6.
5. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. Gut 2015;64:1637–49.
6. Pullens HJ, Siersema PD. Quality indicators for colonoscopy: current insights and caveats. World J Gastrointest Endosc 2014;6:571–83.
7. Roslani AC, Abdullah T, Arumugam K. Screening for colorectal neoplasias with fecal occult blood tests : false-positive impact of non-dietary restriction. Asian Pac J Cancer Prev 2012;13:237–41.
8. Morikawa T, Kato J, Yamaji Y, et al. Sensitivity of immunochemical fecal occult blood test to small colorectal adenomas. Am J Gastroenterol 2007;102:2259–64.
9. Stegeman I, de Wijkerslooth TR, Stoop EM, et al. Risk factors for false positive and for false negative test results in screening with fecal occult blood testing. Int J Cancer 2013;133:2408–14.
10. Wong MC, Ching JY, Chan VC, et al. Factors associated with false-positive and false-negative fecal immunochemical test results for colorectal cancer screening. Gastrointest Endosc 2015;81:596–607.

11. Chiang TH, Lee YC, Tu CH, et al. Performance of the immunochemical fecal occult blood test in predicting lesions in the lower gastrointestinal tract. *CMAJ* 2011;183:1474-81.
12. Kim NH, Park JH, Park DI, et al. Risk factors for false fecal immunochemical test results in colorectal Cancer screening. *J Clin Gastroenterol* 2017;51:151-9.
13. Amitay et al. Factors associated with false-positive FITs. *Int. J. Cancer*: 144, 2419-2427(2019)
14. Aniwan S, Ratanachu Ek T, Pongprasobchai S, Limsrivilai J, Praisontarangkul OA, Pisessongsa P, Mairiang P, Sangchan A, Sottisuporn J, Wisedopas N, Kullavanijaya P, Rerknimitr R. The Optimal Cut-Off Level of The Fecal Immunochemical Test For Colorectal Cancer Screening in a Country with Limited Colonoscopy Resources: A Multi-Center Study from Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017 Feb 1;18(2):405-412
15. Wee Rojanasiraprapa, Accuracy of FIT Test in Screening Colorectal Cancer in Bang Bo Hospital, Samut Prakan Province, J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center

พัฒนาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร

นางสาวกรรณิการ์ สุขประเสริฐ

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับการให้บริการด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นทางด้าน ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ ด้วยลักษณะงานในโรงพยาบาลมีการให้บริการตลอดเวลา 24 ชั่วโมง และลักษณะงานแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ งานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง และงานที่สนับสนุนด้านการให้บริการรักษาผู้ป่วย โดยงานการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยตรง จะมีการจัดเวรนอกเวลาราชการตลอดเวลา 24 ชั่วโมง พร้อมกับมีเฝ้าระวังการกลุ่มการพยาบาล กำกับดูแล ให้คำปรึกษา เมื่อมีความเสี่ยง เกิดขึ้น โดย ความเสี่ยงแบ่งได้ ดังนี้ ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk) เหตุการณ์หรือการดูแลรักษาที่อาจเกิดอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวอาจมาจาก ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic) ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับเหตุการณ์หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ที่มีส่วนสนับสนุนในด้านการดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องมืออุปกรณ์ ระบบสารสนเทศโลก ระบบเก็บข้อมูลความเสี่ยง ความเสี่ยงทั่วไป (Non Clinic) เดือน มกราคม-เมษายน 2565 พบเป็นความเสี่ยงของงานบริหาร จำนวน 7 ครั้ง ได้แก่ อุบัติเหตุรถฉุกเฉินภายนอกเฉี่ยวชนเสาและบัตรประตูเข้า-ออก บ้านพักโรงพยาบาล 1 ครั้ง , เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย พาดิกรรมบริการ/พุดจาไม่สุภาพปฏิเสธการให้บริการจอดรถจักรยานยนต์ 2 ครั้ง , ขยะติดเชื้อไม่ได้ถูกจัดเก็บที่ 2 ครั้ง , ติดต่อเจ้าหน้าที่ห้องประชาสัมพันธ์ไม่ได้ไม่ได้รับสาย 2 ครั้ง , ความเสี่ยงของงานโครงสร้างพื้นฐานและวิศวกรรมทางการแพทย์ 13 ครั้ง, ได้แก่ ไฟฟ้ารอบอาคารผู้ป่วยไม่ติด 1 ครั้ง , พบเพดานโหว่สายไฟฟ้าหล่นลงมาด้านล่าง 1 ครั้ง , เครื่องปรับอากาศในห้องวิสัญญีไม่ทำงาน 1 ครั้ง , เครื่องปรับอากาศที่ห้องพิเศษ

2 ครั้ง/ห้องควบคุมไฟฟ้าระเบิด ไฟฟ้าดับ 1 ครั้ง , สัญญาวิทยุสื่อสารขาดหาย 3 ครั้ง , ผู้ป่วยและญาติติดอยู่ลิฟท์ 1 ครั้ง , โทรติดต่อก 1689 ไม่ได้ 3 ครั้ง , และเป็นความเสี่ยงคร่อมสายงานของกลุ่มการพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ ญาติพกอาวูรป็นโวยวายตะครอกใส่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม 1 ครั้ง , ผู้ช่วยเหลือคนไข้ทะเลาะวิวาทกัน ในครอบครัวเสี่ยงดังมากและทำบ้านพักของโรงพยาบาลเสียหาย 1 ครั้งรวมทั้งสิ้น 22 ครั้ง ซึ่งทั้งหมดมีผลกระทบต่อการให้บริการและดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลพุทธโสธรจึงกำหนดให้มีเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ เพื่อการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่มีส่วนสนับสนุนในด้านการดูแลผู้ป่วยและด้านอื่นๆ ได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

ระบบเดิมการอยู่เวรนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลพุทธโสธร มีเฉพาะเฝ้าระวังการกลุ่มการพยาบาลเท่านั้น ซึ่งเป็นภารกิจในการกำกับ ดูแล ให้คำปรึกษา ด้านความเสี่ยงทางคลินิก(Clinical Risk)ซึ่งมีพอสมควรเมื่อเกิดความเสี่ยงด้านทั่วไป (Non Clinic) ทำให้การดำเนินการแก้ไขอาจไม่ทันทั่วถึง

เพื่อการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ที่มีส่วนสนับสนุนในด้านการดูแลผู้ป่วยและด้านอื่นๆ ของเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการทางกลุ่มอำนวยการให้ได้รับการแก้ไขรวดเร็ว ทันเวลา จึงได้นำกระบวนการวิเคราะห์ SWOT ซึ่งเป็นวิธีการและเทคนิคในการวิเคราะห์สถานะขององค์กรและกระบวนการกำหนดกลยุทธ์อีกวิธีหนึ่งในหลายวิธีซึ่งเป็นวิธีการที่รู้จักกันแพร่หลาย มาเป็นแนวคิดในการ ส่งเสริม พัฒนาความรู้ ทักษะ เทคนิค การสื่อสาร การประสานงาน ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการของ โรงพยาบาลพุทธโสธร สามารถให้ผู้ปฏิบัติงานวิเคราะห์

แก้ไข ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ โดยใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ตามโอกาสและสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรายงานการประเมินผลการดำเนินการ ในการแก้ไขและรับรู้เหตุการณ์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้บริหาร ผู้ควบคุมกำกับ ดูแล วางระบบการปฏิบัติงานที่เหมาะสมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ ซึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. โรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้บริหารให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ โดยประกาศใช้ระบบงานอย่างเป็นทางการที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลพุทธโสธร

2. โรงพยาบาลพุทธโสธร เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ ในการปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ 6 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานบริหาร กลุ่มงานโครงสร้างพื้นฐาน และวิศวกรรมทางการแพทย์ กลุ่มงานการเงิน กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานพัสดุและกลุ่มงานทรัพยากรบุคคล

3. โรงพยาบาลพุทธโสธร มีเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ที่พร้อมใช้งาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ ได้อย่างดี มีการเตรียมความพร้อมตรวจสอบ เครื่องมือและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ

4. โรงพยาบาลพุทธโสธร ติดตาม ส่งเสริม สนับสนุน ประเมินผลการดำเนินงานตามระบบ ที่ประกาศใช้ พร้อมให้คำแนะนำ ให้ระบบสามารถดำเนินงานมีประสิทธิภาพและการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง ให้ยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ

2. เพื่อให้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ได้รับการแก้ไขรวดเร็ว ทันเวลา

กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่กลุ่มอำนวยการ โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 6 กลุ่มงาน

ระยะเตรียมการ

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่กลุ่มอำนวยการ โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

2. นำเสนอกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน แนวทางการจัดกิจกรรมแก่ผู้บริหารและขออนุมัติโครงการให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนในเชิงนโยบายและงบประมาณ

3. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินงาน

วิธีการดำเนินงาน

1. รวบรวมองค์ความรู้ ประเมินสถานการณ์ สำรวจสภาพปัญหาของหน่วยงาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการออกแบบ/วางรูปแบบ/กิจกรรมในการดำเนินงาน
3. ดำเนินการตามรูปแบบ/กิจกรรมที่ได้กำหนดขึ้น
4. สรุปผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ
5. นำองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ เผยแพร่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดฉะเชิงเทรา

สถานที่

กลุ่มอำนวยการ โรงพยาบาลพุทธโสธร

ระยะเวลาดำเนินงาน

เดือน พฤษภาคม – กันยายน 2565

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สำรวจสภาพปัญหาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการออกแบบ/วางรูปแบบ/กิจกรรมในการดำเนินงาน
3. จัดทำโครงการเสริมสร้างพัฒนาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ
 - 3.1 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด และกำหนดประชุม
 - 3.2 ประชุมวางรูปแบบ แนวทาง กิจกรรมดำเนินงาน และผังการดำเนินงาน
 - 3.3 ดำเนินการตามรูปแบบ/กิจกรรมที่ได้กำหนดขึ้น
 - 3.4 มีการประชุมสรุปผลการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการทุกเดือน
 - 3.5 ประเมินผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลพุทธโสธร มีระบบงานเฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ ให้เป็นลายลักษณ์อักษร มีเป้าหมาย ชัดเจน มีผังการดำเนินงานของระบบงานเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน และมีข้อควรระวังในแต่ละกิจกรรมเพื่อป้องกันการมิให้เกิดเหตุไม่พึงประสงค์และแนวทางแก้ไขหากเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อให้งานสามารถดำเนินไปได้ด้วยดี

2. เจ้าหน้าที่เฝ้าระวังการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนวยการ

ปฏิบัติงานตามระบบที่ได้กำหนดไว้เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 90 ได้รับการแก้ไข รวดเร็ว ทันเวลา

3. การปฏิบัติงานตามระบบ เวรตรวจการนอกเวลาราชการกลุ่มอำนาจ มีการดำเนินงานตามระบบ ทำให้คล่องตัว รวดเร็ว ตลอดจนมีการใช้ทรัพยากรในด้าน คน เงิน ของ ระบบสารสนเทศ ในการดำเนินการ ได้อย่างคุ้มค่า และ เกิดประโยชน์สูงสุด

4. การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ มีทักษะเพิ่ม ในการ สื่อสาร การประสานงานกับทีมงานสหสาขาวิชาชีพและ หน่วยงานภายนอก สร้างเครือข่ายการสนับสนุนในการดูแล ผู้ป่วยและงานด้านอื่นๆ

5. เป็นเครื่องมือให้กับผู้บริหาร ทราบสถานการณ์ ด้านการแก้ไขความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับเหตุการณ์ หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและด้านบริการอื่นๆ

ผลการดำเนินงาน

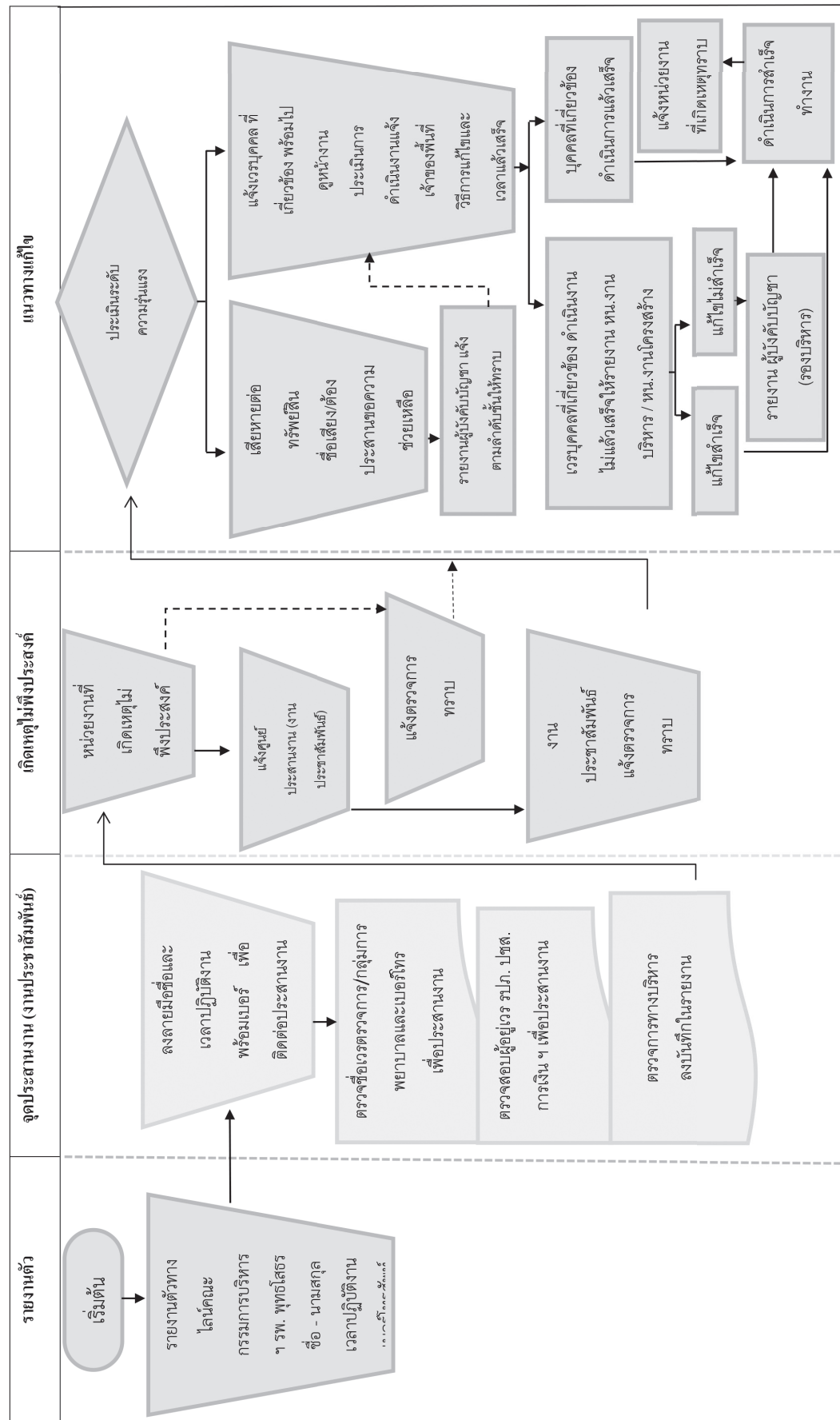
การดำเนินการตามระบบเวรตรวจการนอกเวลาราชการ กลุ่มอำนาจ การแก้ไขความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะประสบกับ เหตุการณ์หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยและ ด้านบริการอื่นๆ ความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงคืในช่วง การดำเนินงานเดือน พฤษภาคม-กันยายน 2565 จำนวน 48 ครั้ง ได้รับการแก้ไขจำนวน 47 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 97.91 ของเหตุการณ์หรือสิ่งไม่พึงประสงค์ ได้รับการแก้ไข รวดเร็ว ทันเวลา นอกจากนั้นมีการนำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหารติดตาม ความก้าวหน้า ในการดำเนินการการแก้ไขความเสี่ยงหรือโอกาส ที่จะประสบกับเหตุการณ์หรือสิ่งไม่พึงประสงคืในการดูแลผู้ป่วย และด้านบริการอื่นๆ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีระบบงานเวรตรวจการนอกเวลาราชการ กลุ่มอำนาจการ ให้เป็นลายลักษณ์อักษร มีเป้าหมาย ชัดเจน มีผังการไหลของระบบงานเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน

2. เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงคร้อยละ 90 ได้รับการแก้ไข รวดเร็ว ทันเวลา

ขั้นตอนกระบวนการทำงานของเวรตรวจการกลุ่มอำนาจการโรงพยาบาลพุทธโสธร



เอกสารอ้างอิง

. Michael Armstiong Management Processes and Functions , 1996 , London CIPD ISBN 0-85292-438-0

. SWOT Analysis, video and template (http://www.mindtools.com/pages/article/newTMC_05.htm)

. SWOT analysis, method and examples (<http://www.businessballs.com/swotanalysisfreetemplate.htm>)

. Free online software tool SWOT Analysis (http://www.inghemia.com/gadgets/swot/swot_en.php)

ณรงค์วิทย์ แสนทอง. 2546 . การบริหารทรัพยากรมนุษย์สมัยใหม่ ภาคปฏิบัติพิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : เอช อาร์ เซ็นเตอร์

เนตรพัฒนา ขาววิราช .2564 . การพัฒนาองค์กรและการเปลี่ยนแปลงศูนย์หนังสือจุฬา/chula

ยงยุทธ พิรพงศ์พิพัฒน์.2564 .ศิลปะการสื่อสารและสร้างสัมพันธ์ เล่มที่ 1 (The Art of Communication) กรุงเทพมหานคร : ดีโพล คอนซัลแต้นท์

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) : (ร่าง) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4

การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคำโรงพยาบาลพุทธโสธร

นางสาวกรรณิการ์ สุขประเสริฐ

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพุทธโสธร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หลักการและเหตุผล

ด้วยสถานการณ์ของโรงพยาบาลโดยทั่วไป มีสภาพปัญหาที่พบการรับรู้หนี้ไม่เป็นปัจจุบัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดได้ไม่ครอบคลุมเพียงพอจึงไม่สามารถบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคำได้ตามแผน จึงทำให้จ่ายชำระหนี้ล่าช้าไม่ทันภายใน 90 วัน และทำให้ไม่สามารถรับทราบสถานะการเงินการคลังที่แท้จริงได้ ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยกำหนดระบบการเชื่อมโยงในการรับรู้ข้อมูลเจ้าหน้าที่การคำที่มีอยู่จริงและอายุหนี้ทั้งหมดอย่างรวดเร็วทันเวลานำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินการจ่ายชำระหนี้การคำตามฐานะการเงินการคลังที่มีอยู่ เกิดระบบงานที่ชัดเจนและมีเงินคงเหลือสำหรับจ่ายชำระหนี้ รายจ่ายประจำ (Fixcost) พร้อมนำเสนอรายงานดังกล่าวซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อผู้บริหารสำหรับบริหารจัดการพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

จากการทบทวนกระบวนการทำงานของแต่ละกลุ่มงานพบว่าไม่พบความเชื่อมโยงข้อมูลเจ้าหน้าที่ระหว่างกัน เช่นกลุ่มงานพัสดุ ดำเนินการจัดซื้อ-จัดจ้าง รายการและจำนวนเงินที่เป็นดำเนินการไม่ได้ไปปรากฏให้กับกลุ่มงานบัญชี เพื่อบันทึกการรับรู้เป็นหนี้สิน และกลุ่มงานการเงิน จึงทำให้ไม่สามารถบริหารการจ่ายชำระหนี้ได้ เพื่อให้การบริหารเจ้าหน้าที่การคำมีระบบงานที่ชัดเจน การรับรู้หนี้ อย่างรวดเร็ว สู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการชำระหนี้ ได้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาที่กำหนด และสามารถทราบสถานะการเงินการคลังที่แท้จริง เพื่อใช้ในการพัฒนาต่อไป

1. ภาพรวมระบบผู้บริหารโรงพยาบาลพุทธโสธร ต้องการทราบข้อมูลเจ้าหน้าที่การคำที่มีอยู่จริงทั้งหมดเป็นจำนวนเท่าใดระยะเวลาอายุหนี้ที่มีอยู่เพื่ดำเนินการจ่ายชำระหนี้การคำให้เป็นระบบตามสถานะการเงินการคลังที่มีอยู่ และมีเงินคงเหลือจากการจ่ายชำระหนี้การคำแล้วสามารถนำไปบริหารจัดการพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป

2. นำกระบวนการวิเคราะห์ SWOT ซึ่งเป็นวิธีการและเทคนิคในการวิเคราะห์สภาวะขององค์กร และกระบวนการกำหนดกลยุทธ์อีกวิธีหนึ่งในหลายวิธีซึ่งเป็นวิธีการที่รู้จักกันแพร่หลาย มาเป็นแนวคิดในการส่งเสริมพัฒนาความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานของ โรงพยาบาลพุทธโสธร

3. สร้างระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคำและสร้างเครื่องมือเชื่อมโยงข้อมูล โดยกระบวนการทำงานเป็นทีม มีขั้นตอนการดำเนินการบริหารจัดการจ่ายเงินเจ้าหน้าที่การคำจากข้อมูล ที่แท้จริงได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน

4. รวบรวมเชื่อมโยงข้อมูลเจ้าหน้าที่การคำตั้งแต่การดำเนินการจัดซื้อ-จัดจ้าง ระหว่างกลุ่มงานพัสดุ กลุ่มงานบัญชี กลุ่มงานการเงิน เพื่อดำเนินการจ่ายชำระหนี้การคำตามกำหนดเวลา เป็นปัจจุบันถูกต้อง ครบถ้วน เบิกจ่ายได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ตามกำหนดเวลา และคงเหลือหนี้สินเจ้าหน้าที่การคำทั้งหมด อายุไม่เกิน 90 วัน

5. เพื่อให้ผู้บริหารผู้ควบคุม กำกับ ดูแล วางระบบการปฏิบัติงานที่เหมาะสมเกี่ยวกับการบริหาร จัดการเจ้าหน้าที่การคำของโรงพยาบาลพุทธโสธร

6. การรายงานการเป็นส่วนหนึ่ง ของการประเมินผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคำของโรงพยาบาลพุทธโสธร

ซึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. โรงพยาบาลพุทธโสธร ผู้บริหารให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคำ ที่เชื่อมโยงข้อมูลและรับรู้หนี้สิน เป็นปัจจุบัน และการชำระหนี้ตามกำหนดเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว

2. โรงพยาบาลพุทธโสธร มีทีมงานมีความมุ่งมั่นที่พร้อมในการดำเนินการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคำ ให้มีประสิทธิภาพ

3. โรงพยาบาลพุทธโสธร มีหน่วยงานที่มีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานระบบเบิกจ่ายผ่าน GFMIS Web Online ของกรมบัญชีกลาง ได้อย่างดี พร้อมส่งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเข้าฝึก

อบรมเพิ่มทักษะเพื่อการพัฒนาและปรับเปลี่ยนระบบปฏิบัติการเบิกจ่ายผ่าน GFMIS Web Online ของกรมบัญชีกลางตลอดเวลาเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ ในปัจจุบัน

4. โรงพยาบาลพุทธโสธร มีเครื่องมือที่พร้อมใช้งานได้อย่างดี เช่น คอมพิวเตอร์ ระบบสารสนเทศที่เชื่อมต่อกันระหว่าง กลุ่มงานพัสดุ กลุ่มงานบัญชี และกลุ่มงานการเงิน ทำให้สามารถ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันเพื่อการปฏิบัติงานระบบเบิกจ่ายผ่าน GFMIS Web Online ได้อย่างดี

5. โรงพยาบาลพุทธโสธร ควรกำหนดระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลังที่เชื่อมโยงข้อมูลเป็นปัจจุบัน มีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดำเนินการเพื่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. โรงพยาบาลพุทธโสธร รายงานการประเมินผลการจ่ายชำระหนี้การคลังด้านการเงินการคลังที่มีอยู่ และคงเหลือหนี้สินเจ้าหน้าที่การคลังทั้งหมด อายุไม่เกิน 90 วัน และมีเงินคงเหลือจากการจ่ายชำระหนี้การคลังแล้วสามารถนำไปบริหารจัดการพัฒนาโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลัง
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบการเชื่อมโยงข้อมูลและเบิกจ่ายเจ้าหน้าที่การคลัง

กลุ่มเป้าหมาย

เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพัสดุ กลุ่มงานบัญชี และกลุ่มงานการเงิน โรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 3 กลุ่มงาน

ระยะเตรียมการ

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่หัวหน้ากลุ่มงานพัสดุ กลุ่มงานบัญชี และกลุ่มงานการเงิน โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
2. นำเสนอกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน แนวทางการจัดกิจกรรมแก่ผู้บริหารและขออนุมัติโครงการให้ผู้บริหารให้การสนับสนุนในเชิงนโยบายและงบประมาณ
3. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินงาน

วิธีการดำเนินงาน

1. รวบรวมองค์ความรู้ ประเมินสถานการณ์ สำรวจสภาพปัญหาของหน่วยงาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการออกแบบ/วางรูปแบบ/กิจกรรมในการดำเนินงาน
3. ดำเนินการตามรูปแบบ/กิจกรรมที่ได้กำหนดขึ้น
4. สรุปผลการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลัง

5. นำองค์ความรู้ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลังเผยแพร่ให้กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและเชิงเทรา

สถานที่

กลุ่มงานการเงิน โรงพยาบาลพุทธโสธร

ระยะเวลาดำเนินงาน

1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สำรวจสภาพปัญหาการดำเนินการจ่ายชำระหนี้เจ้าหน้าที่การคลัง
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการออกแบบ/วางรูปแบบ/กิจกรรมในการดำเนินงาน
3. พัฒนาระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลัง ดังนี้
 - 3.1 จัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลัง โรงพยาบาลพุทธโสธร
 - 3.2 การประชุมกำหนดแนวทางการเชื่อมโยงระบบข้อมูลระหว่างกัน หน่วยงานพัสดุบัญชี การเงิน
 - 3.3 ดำเนินการปฏิบัติงานมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน
 - 3.4 มีประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลัง โรงพยาบาลพุทธโสธร พร้อมสรุปผลการดำเนินการทุกเดือน
 - 3.5 ประเมินผลการพัฒนาระบบบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลังโรงพยาบาลพุทธโสธร เผยแพร่ให้กับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและเชิงเทรา

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลพุทธโสธร มีระบบการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การคลังที่เชื่อมโยงข้อมูลเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้และใช้เป็นเครื่องมือ ในการดำเนินการจ่ายชำระหนี้การคลัง
2. การเบิกจ่ายเงินถูกต้องตรงตามกำหนด และคงเหลือหนี้สินเจ้าหน้าที่การคลังทั้งหมด อายุไม่เกิน 90 วัน ทำให้งบประมาณที่ได้จัดสรรใช้ประโยชน์คุ้มค่า และปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้
3. ดำเนินการปฏิบัติการจ่ายชำระหนี้โดยผ่าน GFMIS Web Online เป็นการเบิกจ่ายที่คล่องตัว รวดเร็ว และถูกต้องยิ่งขึ้น ตลอดจนมีการใช้ทรัพยากรในด้าน คน เงิน ของ เทคโนโลยี ต่างๆ อย่างคุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุด
4. เป็นเครื่องมือให้กับผู้บริหารในการทราบสถานการณ์การเงินการคลัง (หนี้สินปัจจุบัน) เพิ่มประสิทธิภาพในการ

วางแผนบริหารและติดตามการรับจ่ายเงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณ ตามแผนงาน โครงการ การบริหารงบประมาณของหน่วยงาน

ผลการดำเนินงาน

จากการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การค้า สรุปผลการประชุม ณ เดือน กันยายน 2565 คงเหลือหนี้สินเจ้าหน้าที่การค้าทั้งหมด ไม่พบเจ้าหน้าที่การค้าอายุไม่เกิน 90 วัน จากเดิมข้อมูลเจ้าหน้าที่การค้า เดือน กันยายน 2564 มีเจ้าหน้าที่การค้าอายุเกิน 90 วัน จำนวนเงิน 73,643,128.09 บาท และรายงานเดือน กันยายน 2565 ไม่พบเจ้าหน้าที่การค้าอายุเกิน 90 วัน คงมีหนี้สินเจ้าหน้าที่การค้าอายุ 30 วัน จำนวน 30,376,350 บาท , เจ้าหน้าที่การค้าอายุ 60 วันจำนวน 29,216,393.07 บาท และเจ้าหน้าที่การค้าอายุ 90 วัน จำนวน 168,000 บาท นำข้อมูลรายงานผลต่อคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (FCO) ของโรงพยาบาลพุทธโสธร ประเมินผลการเบิกจ่ายตามของหน่วยงานได้ทันตามระยะเวลากำหนด เป็นรายเดือน และรายไตรมาส ตามตัวชี้วัด ประเด็นที่ 6 Good Governance

ข้อ 6.1 ตรวจสอบภายใน (แผนเงินบำรุงโรงพยาบาล) ตัวชี้วัด แผนเงินบำรุงของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ปีงบประมาณ 2565 แผนรายจ่ายเงินบำรุง จำนวน 1,317,708,461.45 บาท และรายจ่ายจริง จำนวน 1,246,769,370.46 บาท คิดเป็นร้อยละ 94.62 พบรายจ่ายไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

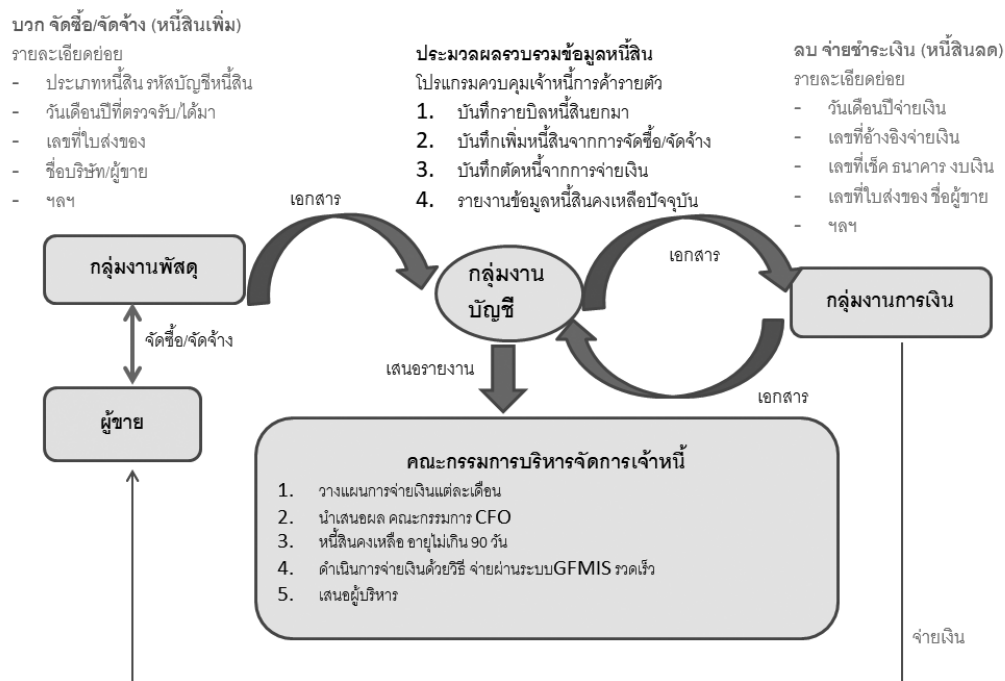
4. มีข้อมูลให้ผู้บริหารติดตามความก้าวหน้า การจ่ายเงินงบประมาณ เงินนอกงบประมาณตามแผนงาน โครงการ การบริหารงบประมาณของหน่วยงาน ได้อย่างทันที

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีระบบการบริหารจัดการหนี้การค้าของโรงพยาบาลพุทธโสธรที่เชื่อมโยงข้อมูลเป็นปัจจุบัน และประมูณำข้อมูลหนี้การค้ามาทั้งหมดดำเนินการบริหารจัดการ โดยคณะกรรมการบริหารจัดการหนี้โรงพยาบาลพุทธโสธร และรายงานผลการดำเนินการทุกเดือนอย่าง ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

2. มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลในการบริหารจัดการหนี้การค้าของโรงพยาบาลพุทธโสธร

วงจรบริหารจัดการหนี้



เอกสารอ้างอิง

. Michael Armstrong Management Processes and Functions , 1990 , London CIPD ISBN 0-85292-438-0

. SWOT Analysis, video and template (http://www.mindtools.com/pages/article/newTMC_05.htm)

. SWOT analysis, method and examples (<http://www.businessballs.com/swotanalysisfreetemplate.htm>)

. Free online software tool SWOT Analysis (http://www.inghemia.com/gadgets/swot/swot_en.php)

กริช สืบสนธิ. 1990. เข้าใจสื่อสารเข้าใจตรงกัน พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร เอ็ดดู เกชั่น จำกัด

ธนุช ธานี. 2565 . เทคนิคการสื่อสารและประสานงาน อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความสำเร็จในการทำงาน website : www.peopledevelop.net

Carol S. Dweck . Mindset , 2020 พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพมหานคร วีเลิร์น จำกัด

กรมบัญชีกลาง. คู่มือปฏิบัติงานและรายงานระบบเบิกจ่าย (AP) หลักสูตรการใช้งานระบบ New GFMIS Thai สำหรับหน่วยเบิกจ่ายของส่วนราชการสำนักกำกับและพัฒนาระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มงานกำกับและพัฒนาระบบ งานจากเว็บไซต์ของกรมบัญชีกลาง www.cgd.go.th. 2565