

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักและมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ Nursing Care in Elderly Hip Fracture and comorbidity with Opened Reduction and Internal Fixation

(Received: April 22,2023 ; Revised: April 27,2023 ; Accepted: April 28,2023)

พิรุณ กมลผาด¹
Pirun Kamolphat¹

บทคัดย่อ

กระดูกข้อสะโพกหักเป็นปัญหาสำคัญ พบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีการหกล้มเพียงเล็กน้อย หรือมีการพลัดตกจาก ความสูงเพียงเล็กน้อยสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีกระดูกหักได้ และตำแหน่งที่มีกระดูกหักมักเป็นข้อสะโพกส่งผลให้ ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เกิดความเครียด นอนไม่หลับ มีอาการสับสน ติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน การรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกข้อสะโพกที่รวดเร็วและการใช้กระบวนการ พยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย จะช่วยให้ผู้สูงอายุปลอดภัยฟื้นตัวได้เร็ว และสามารถช่วยเหลือตัวเองมี สมรรถนะใกล้เคียงกับก่อนมีกระดูกข้อสะโพกหัก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การสาธิต การฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและ การป้องกันความเสี่ยงจะสามารถป้องกันการหกล้ม กระดูกหักซ้ำได้

ผลการศึกษาพบว่า การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก อย่างเป็นระบบและนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ปัญหาและความต้องการ ต้องการของผู้สูงอายุ จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด สามารถป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขาได้ การประเมิน ซ้ำ การให้ข้อมูลซ้ำ การฝึกทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ มี ทักษะ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะทำให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียง กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนกระดูกหัก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ , กระดูกข้อสะโพกหัก, การผ่าตัดยึดตรึงกระดูก,การวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก

Abstract

Hip fractures are a serious problem. It was found that the elderly when they fragility fall lead to fractures in the elderly, and the location where the bone is usually fractured is the hip joint, resulting in the elderly being unable to support themselves Suffering from pain and not being able to move the body stress, insomnia, confusion, bed ridden complications (pressure sores, pneumonia, urinary tract infections and deep vein thrombosis) Treatment by rapid hip fixation surgery and the use of nursing process from admission to discharge. Helps keep seniors safe recover quickly and able to help themselves with performance similar to that before having a hip fracture prevention of complications by educating patients and relatives, demonstrating, practicing skills continuously will be able to prevent complications Fall risk assessment and risk prevention can prevent falls. repeated fractures

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The study found that Application of nursing process in nursing care of the elderly with hip fracture. Systematically and used nursing care plan in accordance with the doctor's treatment plan. problems and needs of the elderly will encourage the elderly to be safe from suffering, pain can prevent complications, pressure sores, pneumonia, urinary tract infections, deep vein thrombosis reassessment repetition Elderly caregiver skills training And continuity care planning will help the elderly to have knowledge and skills. When discharged from the hospital, the elderly will be safe from complications. have a good quality of life similar to the quality of life of the elderly before fracture

Key word : The elderly, Hip fracture, Internal fixation, nursing care plan in elderly hip fracture

บทนำ

จากสถิติประชากรในประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และเป็นสังคมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเป็นภัยเงียบ เมื่อผู้สูงอายุมีการหกล้มที่ไม่รุนแรง พลัดตกจากความสูงเพียงเล็กน้อย ทำให้มีกระดูกหักได้ง่าย และพบว่าในผู้สูงอายุที่เคยมีกระดูกหักมักจะมีการหกล้มและหักซ้ำจากสถิติ จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2563 ,2464 และ 2565 มีจำนวน 12,100,000 คน, 13,000,000 คน และ 12,116,199 คน (ชาย 5,339,610 คน หญิง 6,776,589 คน) และประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุมากที่สุด (Super Age Society) ในปี 2574 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 28.55 คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 3 และอีก 20 ปีข้างหน้าในปี พ.ศ. 2583 สัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้คาดการณ์งบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะพึ่งพิง โดยเฉลี่ยแล้วสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปีงบประมาณ 2558-2565 จึงต้องเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัว

(รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวลำบาก การทรงตัว กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง การมองเห็น การได้ยิน มีโรคประจำตัว สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้สูงอายุมีการหกล้มเพิ่มมากขึ้น ภาวะกระดูกพรุนทำให้ผู้สูงอายุเมื่อหกล้มทำให้มีกระดูกหัก และส่วนที่หักและมีผลกระทบมาก คือการหักบริเวณข้อสะโพก มีอัตราการเสียชีวิตภายหลังมีกระดูกข้อสะโพกหักภายใน 1 ปี ร้อยละ 23 และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ไม่สามารถลุกเดิน ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน การดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งการรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะในเวลาที่เหมาะสม ใน 48 ชั่วโมง การพยาบาลที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุ บรรเทาความทุกข์ทรมาน จากความปวด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่มีคุณภาพใกล้เคียงปกติมากที่สุด

สถิติผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ (HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ย.2565) มีจำนวนประชากรทั้งหมด 806,144 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ ในปี 2563 2564 และ 2565 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 145,837 คน 152,324 คน และ 166,770 คน (ชาย 74,609 คน หญิง 92,161 คน) พบว่ามีผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2563 2564 และ 2565 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 121 ราย, 168 ราย และ 153 รายตามลำดับ งบประมาณในการรักษาผู้สูงอายุในโรคกระดูกข้อสะโพกหักเฉลี่ย

ต่อรายในปี 2565 เป็นเงิน 74,000 บาทต่อราย ซึ่งทำให้มีการใช้จ่ายงบประมาณจำนวนมาก

พยาบาลมีบทบาทในการให้การพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุ จึงมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะ โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ความทุกข์ทรมาน ความต้องการการพยาบาล การประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหกล้ม ทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่สิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่อยู่ภายในตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว โรคร่วม เป็นต้น โดยวิธีการประเมินเมื่อแรกรับ การประเมินซ้ำทุกวัน การประเมินความเสี่ยงความปลอดภัย ความรู้ ทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและหักซ้ำ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล การให้การวินิจฉัยตามปัญหาความทุกข์ทรมาน ความเสี่ยง ความต้องการการพยาบาล ที่พบจากการประเมินนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น การพยาบาลเมื่อแรกรับ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนการจำหน่าย การส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง 4) การปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ได้แก่ การพยาบาลเมื่อแรกรับ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนการจำหน่าย การส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง 5) การประเมินผลการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะ ในจังหวัดกาฬสินธุ์โดยศึกษาเปรียบเทียบรายกรณี 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรายกรณีศึกษา ผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน นำสู่การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ ในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ เช่น ประวัติการหกล้ม สาเหตุและอาการสำคัญ การประเมินอาการและอาการแสดง ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ต่างๆ แผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่ได้รับตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความต่างๆ ตลอดจนปรึกษาศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ผู้ให้การรักษาและแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เจ้าของไข้ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ รวมทั้งพยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
1. พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง	สะดุดสายมุ้งลมในบ้าน ย่างไฟ 2 วันจึงมารับการรักษา ที่โรงพยาบาลข่าขาสั้นกว่าขา ซ้ายและขาขวาบวมออกด้าน นอก	เหยียบขยายผ้าถูกล้มในบ้านญาติ นำส่งโรงพยาบาลใน 6 ชั่วโมง จึง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลข่า ซ้ายสั้นกว่าขาขวาและขาซ้ายบวม ออกด้านนอก	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการลื่น ล้มในบ้านสาเหตุของการหกล้มเป็น กิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็น ข้อผิดพลาดเพียงบางครั้ง แต่ในการล้มที่ ไม่รุนแรง พลัด ตกจากความสูงเพียง เล็กน้อยสามารถทำให้กระดูกของผู้สูงอายุ หักได้กรณีที่มีความแตกต่าง ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับการรักษา โดยการย่างไฟ และเข้ารับการรักษาล่าช้า
2. การวินิจฉัยและแผนการรักษา	- การวินิจฉัยโรค closed fracture of right intertrochanteric - การทำผ่าตัด Proximal femoral nail of right femur	-การวินิจฉัยโรค Closed fracture neck of left femur - การทำผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty left femur	การวินิจฉัย กระดูกข้อสะโพกหัก ประกอบด้วย 3 Diagnosis คือ fracture neck , intertrochanteric และ Sub- trochanteric ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีกระดูกข้อ สะโพกหัก แต่ตำแหน่งต่างกัน การทำ ผ่าตัดเพื่อยึดตรึงต่างกัน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ แตกต่างกัน แต่ระบบการดูแลรักษา การ พยาบาล เหมือนกัน เป้าหมายคือเพื่อให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับ ก่อนที่มีกระดูกหัก
3.ระยะแรกเริ่มและ การพยาบาล ก่อน ผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายจากอาการปวด สะโพกขวา 2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผล กดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือ ตัวเองได้น้อย 3.วิตกกังวลมีความเครียดจาก การเจ็บป่วยและกลัวการทำ ผ่าตัด 4.potassium ต่ำ 5.เสี่ยงต่อการชักและทำให้มี การบาดเจ็บเพิ่มขึ้น 6.มีภาวะซีด Hct 24 % 7.ผล การ ตรวจ Echocardiogram มี 1 st degree AV block และ EF 75% ไม่มีภาวะหัวใจขาดเลือด IHD 8.เสี่ยงต่อการชัก	1.ไม่สุขสบายจากอาการปวด สะโพกขวา 2.ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองได้น้อย เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผลกด ทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ 3.มีความเครียดจากการเจ็บป่วย และกลัวการทำผ่าตัด 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะทำผ่าตัดเนื่องจากความดัน โลหิตสูง 5.มีภาวะซีด Hct 25 % 6. BUN 75, Cr 5.75, eGFR 7 ml/min/1.73m2 Stage 5 มDTX 231 mg% 7.BP 167/97 mmHg 8.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo/Hyper- glycemia 9.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper tension	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีปัญหา ความไม่สุขสบายจากอาการปวดสะโพก ขวามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และกลัวการทำผ่าตัด เคลื่อนไหวตัวเองได้ น้อยจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลอด เลือดดำอุดตัน และมีภาวะช็อคแพทย์ พิจารณาให้เลือดก่อนทำผ่าตัดในส่วนที่ แตกต่าง คือในผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 มีผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ potassium ต่ำ แพทย์จึงต้องแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัด ปลอดภัย ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคลมชักซึ่ง เสี่ยงต่อการชักเกร็งและทำให้มีการ บาดเจ็บเพิ่มมากขึ้นได้ และมีภาวะ Alcohol withdrawal ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ ทำผ่าตัดช้า รายกรณีที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนผ่าตัดได้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
	9.เสี่ยงต่อภาวะ Alcohol withdrawal		แต่ในวันผ่าตัดผู้ป่วยมีความตื่นตัวทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อยแพทย์พิจารณาว่าสามารถทำผ่าตัดได้ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัดได้รับยาลดระดับน้ำตาล ทำให้น้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีสามารถทำผ่าตัดได้
4.ปัญหาทางการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผ่าตัดบริเวณสะโพกขวา 2.เสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวหลุดและหักของโลหะที่ตาม 3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ 4.เสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อของแผลผ่าตัด 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำอุดตัน 6.มีภาวะโลหิตจาง 7.ผู้ป่วยต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 8.เสี่ยงต่ออาการชัก 9.เสี่ยงต่อภาวะ Alcohol withdrawal	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย 2.เสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวหลุดและหักของโลหะที่ตาม 3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ 4.เสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อของแผลผ่าตัด 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำอุดตัน 6.มีภาวะโลหิตจาง 7.ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 8.เสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemia /Hyperglycemia 9.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper tension	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าไม่สุขสบายจากปวดแผล เสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวหลุดและหักของโลหะที่ตาม เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากเสียเลือด สารน้ำอิเล็กโทรไลต์จากการงดน้ำ อาหารก่อนผ่าตัด ระบบการทำงานของหัวใจมีความเครียดเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำอุดตัน และมีภาวะโลหิตจาง และต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่วนปัญหาที่มีความแตกต่างกันเป็นปัญหาโรคเดิมของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่ออาการชัก และเสี่ยงต่อภาวะ Alcohol withdrawal ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemia /Hyperglycemia เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper tension
5.การวางแผนการจำหน่าย	1.การให้ข้อมูลผู้ป่วย ฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา การป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ การป้องกันการสำลักเศษอาหารลงปอด การทำความสะอาดร่างกาย 2.การปฏิบัติตัวในท่าที่ถูกต้อง ท่าที่ห้าม ได้แก่ ห้ามนั่งยองๆ ห้ามนั่งท่าที่ห้าม ได้แก่ ห้ามนั่งยองๆ	1.การให้ข้อมูลผู้ป่วย ฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา การป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ การป้องกันการสำลักเศษอาหารลงปอด การทำความสะอาดร่างกาย 2.การปฏิบัติตัวในท่าที่ถูกต้อง ท่าที่ห้าม ได้แก่ ห้ามนั่งยองๆ ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามปั่นจักรยาน ห้ามนั่ง	ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการวางแผนที่เหมือนกันในเรื่องการให้ข้อมูล การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ส่วนที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 ในการวางแผนการจำหน่าย ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ นั่นคือโรคหลอดเลือดสมอง และการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
	ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามปั่นจักรยาน ห้ามนั่งในท่าที่เข่าอยู่สูงกว่าข้อสะโพก ห้ามหมุนตัว ห้ามบิดขาเข้าด้านใน 3.การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ปรับส้วมเป็นชักโครก ให้นอนบนเตียงห้ามนอนพื้น ให้นั่งเก้าอี้ที่สูงที่เข่าไม่สูงกว่าข้อสะโพก 4.การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม 4.1.ด้านสิ่งแวดล้อม 4.2.ด้านตัวผู้ป่วย 5.การดูแลต่อเนื่อง การส่งข้อมูลผู้ป่วย และการติดตามประเมินผู้ป่วย 6.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา 7.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ 8.การเฝ้าระวังสังเกตอาการนำก่อนชักและวิธีการดูแลตนเอง 9.การเฝ้าระวังภาวะ Alcohol withdrawal อาการนำ	ในท่าที่เข่าอยู่สูงกว่าข้อสะโพก ห้ามหมุนตัว ห้ามบิดขาเข้าด้านใน 3.การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ปรับส้วมเป็นชักโครก ให้นอนบนเตียงห้ามนอนพื้น ให้นั่งเก้าอี้ที่สูงที่เข่าไม่สูงกว่าข้อสะโพก 4.การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม 4.1.ด้านสิ่งแวดล้อม 4.2.ด้านตัวผู้ป่วย 5.การดูแลต่อเนื่อง การส่งข้อมูลผู้ป่วย และการติดตามประเมินผู้ป่วย 6.การเฝ้าระวังสังเกตอาการแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงต่ำ 7.การเฝ้าระวังสังเกตอาการแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ 9.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม รสจัด 10.การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนของการมีของเสียคั่งในเลือด	ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพ ทั้งโดยตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 ในการวางแผนการจำหน่าย ต้องให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ที่มีความเชื่อมโยงกัน และมีผลกระทบต่อสุขภาพคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง การปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรับประทานยา การฟอกไต การดูแลเส้นเลือดที่ฟอกไต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ
6.การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนจากโรคร่วม	<u>1.ภาวะขาดสุราเฉียบพลัน</u> <u>การพยาบาล</u> 1)การชักประวัติการดื่มสุรา 2)การประเมินโดยใช้ CWA Score Test ใน 1-7 วันแรก ที่เข้ารับการรักษาเพื่อประเมินการเข้าสู่ภาวะขาดสุราระดับเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสน เหงื่อออก ตัวเย็น ก้าวร้าว 3)การพยาบาลตามระดับคะแนน ถ้ามีความเสี่ยงปานกลาง รายงานแพทย์เพื่อ	<u>1.โรคเบาหวาน</u> 1)การประเมินระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง 2)การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการแทรกซ้อนโรคแทรกซ้อน 3)การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร 4)การรับประทานยา 5)การควบคุมระดับน้ำตาลมีความสำคัญ 6)การประเมินการมองเห็น การประเมินการรับรู้ปลายมือปลายเท้า การรับการฟอกไต 7.การส่งเสริมสุขภาพ	ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจนเกิดโรค มีความพิการถาวรจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การพลัดตกหกล้มจากการดื่มสุรา ทำให้เสียการทรงตัว และอาจจะเกิดโรคอื่นตามมา ดังนั้นการส่งเสริมให้ปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องจะช่วยลดการเกิดโรคอื่นตามมาได้ ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ อันเนื่องจากโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวานซึ่งส่งผลให้ไตเสียหายที่มาก การดูแลรักษาพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพไม่ให้มีอาการทรุดลงกว่าที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัว เพื่อไม่ให้อาการของโรคทรุดลง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
	พิจารณาให้การรักษา เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรง 4)ภายหลังได้รับยา จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่หน้าเคาเตอร์พยาบาล ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ประเมินการหายใจ <u>2.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</u> <u>การสูบบุหรี่</u> 1)การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงอันตรายของบุหรี่ การก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความพิการ ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	8.ให้กำลังใจ <u>2.โรคความดันโลหิตสูง</u> 1)การพักผ่อน การออกกำลังกาย 2)การรับประทานยา 3)การเกิดโรค โรคแทรกซ้อน อาการแทรกซ้อน 4.การตรวจวัดความดัน 5)การรับประทานยา 6)การดูแลตนเองเมื่อมีอาการแทรกซ้อน <u>3.โรคไตวายระยะสุดท้าย</u> 1)การปฏิบัติตัว,พักผ่อน,ออกกำลังกาย 2)การรับประทานยา,อาหาร 3)การรักษาความสะอาดร่างกาย และเส้นเลือด 4)การรับการฟอกไต	การให้ความรู้ คำแนะนำเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การให้กำลังใจ การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการจึงเป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนควรให้ความสำคัญ แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือการป้องกันการเกิดโรค

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ทำเป็นประจำ ปัญหาและความต้องการขณะรับไว้ดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ความเจ็บปวด อาการสับสน นอนไม่หลับ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการรักษา ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา จึงจำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยพยาบาลออร์โธปิดิกส์ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของกระดูกหัก ปัญหา ความต้องการผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งโรคร่วมที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ การรักษา การพยาบาล การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับสู่ครอบครัว

ชุมชน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล และจัดตั้งทีม Fracture Liaison Service (FLS) ขึ้นในทุกโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้นำสนับสนุนเชิงนโยบาย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมปรับปรุงกระบวนการ รวมทั้งกำหนดเป็น ตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพ7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเทียบเท่ามาตรฐานสากลต่อไปโดยมีเป้าหมายสูงสุดคือผู้สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

- 1.ผู้นำสนับสนุนเชิงนโยบาย เพื่อตอบสนองการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 2.ให้มีการพัฒนาเชิงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก

3.การส่งเสริมให้ส่งต่อผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยว่ามีกระดูกข้อสะโพกหัก เพื่อรับการผ่าตัดทุกรายทั้งที่สมัครใจผ่าตัดและปฏิเสธการผ่าตัด เพื่อให้ได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจผ่าตัด เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ลดปัญหาการเป็นผู้ป่วยติดเตียง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และลดอัตราการเสียชีวิต

4.ประชาชนที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุน และให้ได้รับการรักษา เพื่อลดอัตราการเกิดโรคกระดูกพรุน การหกล้ม และกระดูกข้อสะโพกหัก

5.ส่งเสริมให้มีการให้ข้อมูลโรคกระดูกพรุน ในแต่ละชุมชน อำเภอ จังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม

6.ควรมีนโยบาย การส่งเสริมให้ประชาชนที่อยู่ในวัยกลางคนได้รับอาหารแคลเซียมสูง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกพร จิวประสาท*,การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก : ประเด็นท้าทายทางการพยาบาล, วชิรสารการพยาบาล,บทความวิชาการ,ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562
- 2.ชนิษฐา รัตนกัลยา, et al. ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดัดง้างน้ำหนัก. Nursing Journal, 2014, 41.5: 112-122.
- 3.คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์, ปุณฺหรี ศุภเวช. การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.3(3):57-66
- 4.จุฑาทิพ อาธิธรรมและคณะ,ต้นทุน-ประสิทธิผลของโครงการรู้ทัน...กันหักซ้ำ ในผู้ป่วย กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเลิดสิน,วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2564 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 5.จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(1), 39-49.
- 6.ช่อทิพย์ จันทรา. (2559). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง. วารสารมหาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 8(3), 41-50.
- 7.ธวัช ปราสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์, และสุใจ ศรีเพียรเอม, (บ.ก.). (2555). การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
8. ชวรินทร์ อมเรศ และ สี่รัช งามอุโฆษ. update on Arthroplasty in Acute Hip Fractures. Hip &knee today. 2562,24: 9-12
- 9.ธรรวณ เชื้อตาลิ่ง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก ข้อเคลื่อนที่ใส่ external device. ใน ญัณมา ทองธีรธรรม, ธรรวณ เชื้อตาลิ่ง, พรสินี เต็งพานิชกุล, และอรพรรณ โตสิงห์ (บ.ก.), การพยาบาล ผู้ป่วยทาง ออร์โธปิดิกส์ (น. 116-118). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 10.นรเทพ กุลโชติ.กระดูกหักและข้อเคลื่อนรอบข้อสะโพก.[เข้าถึงเมื่อ16มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/Hip- fx_Naratep.pdf
- 11.บุญนาพัฒน์แฉก,คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักหลังรับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม,มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศารปีที่2ฉบับที่2มกราคม2562
- 12.พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ:บทบาท พยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก.วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563, 26(4): 116-128.

- 13.เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อุมากร ใจยังยืน. การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุใน ชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2563, 14.34: 126-141
14. พิชราพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก.วารสาร มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563, 26(4): 116-128.
- 15.วรรณิ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2553.
- 16.โสภิต เลหาภักดี.การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563; (3):224-240.
- 17.ยุพิน พรหมสวัสดิ์ .การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักชนิดไม่มีบาดแผลและ กระดูกต้นขาขวาหักชนิดมี แผล เป็ดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563; 29(1):47-66.
18. เสาวภา อินผา. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.2557. 51-74.
19. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้.วารสารพยาบาลทหารบก. 2557,15(3) : 137- 143.
- 20.Kanis JA, Odén A, McCloskey EV, Johansson H, Wahl DA, Cooper C. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporos Int;2012(23):2239-56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00198-012-1964-3>.
- 21.Mak, J. C. S., Cameron, I. D., & March, L. M. (2010). Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: An update. The Medical Journal of Australia, 192(1), 37-41.
- 25.Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
- 26.Singh, S., Charles, L., Maceachern, C. F., & Changulani, M. (2016). Complication of surgical management of hip fracture. Orthopaedics and Trauma, 30(2), 137-144.
- 27.Taylor, N. F., Harding, K. E., Dowling, J., & Harrison, G. (2010). Discharge planning for patients receiving rehabilitation after hip fracture: A qualitative analysis of physiotherapists' perceptions. Journal Disability and Rehabilitation, 32(6), 492-499.