



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
Boromarajonani College of Nursing
Buddhachinaraj

วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565

ISSN 2774-082X (online)

Nursing, Health, and Public Health Journal

NH PHJ



วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
Nursing, Health, and Public health Journal
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร นักศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ส่งบทความตีพิมพ์เผยแพร่
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช สถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันการศึกษาอื่น ๆ
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ และงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
90/6 ถนนศรีธรรมไตรปิฎก ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทร. 0-5525-2546 - 8 ต่อ 1207 โทรสาร 0-5525-9410
E-mail: nhphj@bcnb.ac.th

ที่ปรึกษา	กองบรรณาธิการ		
ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก	1. Professor Jane M. Amer	University of Missouri at St. Louis	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	2. ศาสตราจารย์ ดร. วงศา	เจ้าศิริวงศ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	3. รศ. ดร. ปัทมา	สุพรรณกุล	English Language Editor
ศาสตราจารย์ พญ. วณิษา ชื่นกองแก้ว	4. Dr. Elizabeth A. Anderson		คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองอธิการบดีฝ่ายวิจัย	5. รศ. ดร. นิทรา	กิจธีระวุฒิวงศ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์	6. รศ. ดร. ศิวพร	อึ้งวัฒนะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	7. รศ. ดร. ชักเคณต์	แพรวขาว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	8. รศ. ดร. ชมนาด	วรรณพรศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	9. ผศ. ดร. ดวงพร	ปิยะคง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	10. ผศ. ดร. ภัทธมนัส	พงษ์รังสรรค์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	11. ผศ. ดร. อินทิรา	ปากันทะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	12. ผศ. ดร. ภก. ศราวุฒิ	อุทุมมพันธ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	13. ผศ. ทพ. ดร. ภัชรพล	สำเนียง	คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
	14. นายแพทย์วิบูลย์	วานิชย์เจริญพร	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
	15. นางสาวสุธีภรณ์	สุวรรณโอสถ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
	16. นายจตุพร	เสอมี	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
	17. นางสาวนงลักษณ์	บุญเยีย	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ดร. อัสนี วันชัย	18. นางสาวนาดยา	คำสว่าง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	19. นางนิรมล	พิมน้ำเย็น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
	20. นางสาวอัญชลี	แก้วสระศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
	21. นางสาวเกศกาญจน์	ทันประภัสสร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
อาจารย์ดวงใจ พรหมพยัคฆ์	22. นางสาวรุ่งทิวา	หวังเรืองสลิติย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
ดร. สิริรักษ์ เจริญศรีเมื่อง	23. นายกิริติ	กิจธีระวุฒิวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
นางสาวสุภัตรา ระภาพล	24. นางสาวเบญญาภา	พรหมทุก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
นางสาวจิรนนท์ คล้ายทรัพย์	25. นางปานจันทร์	คนสูง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	26. นางสาวกรวิภา	พรหมจวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
	กำหนดออก		
	ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้		
	ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน		
	ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม		
	ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม		
	เจ้าของ		
	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช		

บทบรรณาธิการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราชได้ดำเนินการจัดทำวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข (Journal of Nursing, Health, and Public Health: JNHPH) ฉบับนี้เป็นฉบับที่ ๓ ปีที่ ๑ เดือน กันยายน - ธันวาคม ๒๕๖๕ สำหรับบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ในฉบับนี้เป็นผลงานวิชาการที่น่าสนใจที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้นต่อไป บทความทั้งหมดได้รับการประเมินคุณภาพของผลงานวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องจำนวนอย่างน้อย ๒ ท่าน ก่อนที่จะได้รับการตีพิมพ์

เนื้อหาบทความในวารสารฉบับนี้มีทั้งหมด ๕ เรื่อง ดังนี้ ๑) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย ๒) ผลการใช้ Hip Abduction Pillow ต่อความปวดขณะพลิกตะแคงตัว อัตราการเกิดแผลกดทับและข้อสะโพกเทียมหลุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ๓) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรก ๔) การลดปริมาณเลือดทิ้งผ่าน Arterial line ในการส่งตรวจค่า PT PTT และ INR ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ และ ๕) การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก: กรณีศึกษา

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระของผลงานวิชาการทั้ง ๕ เรื่องนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพต่อไป และในโอกาสนี้กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุขขอเชิญนักวิจัยและนักวิชาการทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข โดยท่านสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม และส่งผลงานวิชาการผ่านทางระบบออนไลน์ได้ที่ <https://heo3.tci-thaijo.org/index.php/nhphj>

ดร. อศนี วันชัย

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย <i>Development of Stroke Patients Care Model in Srisangwornasukhothai Hospital</i> อภันตรี กองทอง Aphantri Kongthong	1 - 17
ผลการใช้ Hip abduction pillow ต่อความปวดขณะพลิกตะแคงตัว อัตราการเกิดแผลกดทับและข้อสะโพกเทียมหลุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม <i>The Effective of Hip Abduction Pillow on Pain while Rolling, Incidence of Pressure Ulcer, and Hip Dislocation in Patients After Hip Replacement</i> วรภักดิ์สกุล สุขดี Woraphaksakul Sukdee	18 - 30
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก <i>The Effects of Enhancing Coping with Labor Pain Program on Pain Levels and Pain Coping Behaviors in Primiparous Women</i> เยาวรัตน์ ดุสิตกุล Yaowarat Dusitkul	31 - 39
การลดปริมาณเลือดทิ้งผ่าน Arterial line ในการส่งตรวจค่า PT PTT และ INR ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ <i>Reducing Discarded Arterial Line Blood Volume before the PT, PTT, and INR Coagulation Test among Open Heart Surgery Patients</i> ขวัญลา เพือกอ่อน, ชัยณรงค์ หลิมเจริญ, นงลักษณ์ บุญเียะ, เจษฎา เมธรุจพานนท์, วชิรศักดิ์ ภูริสวัสดิ์, พิมพ์ภา ราชขวัญ Khwanla Pheuakon, Chainarong Limcharoen, Nongluck Bunyia, Jesada Methrujanon, Wachirasak Phurisawat, Pimpha Ratchakwan	40 - 46

สารบัญ

บทความวิชาการ	หน้า
การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก: กรณีศึกษา <i>Nursing care for Patients with Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: A Case Study</i> รุ่งทิwa วงศ์วิริยชาติ Rungtiwa wongwiriya chart	47 - 62

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย Development of Stroke Patients Care Model in Srisangworn Sukhothai Hospital

อภันตรี กองทอง, พย.ม.
Aphantri Kongthong, M.N.S.
โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
Srisangworn Sukhothai hospital
E-mail: aphan.kt@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลหลัก และทีมสหสาขาวิชาชีพ การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแล 3) นำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือที่ใช้คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย แบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย หน่วยดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี แผนการดูแล และแนวปฏิบัติทางคลินิก หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่าย และหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์มากกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้รูปแบบการดูแลก่อนพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.02$, $p=.02$) มีระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มก่อนพัฒนาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.03$) แต่อัตราการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและการเกิดแผลกดทับของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$) และทีมสหสาขาวิชาชีพพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ดังนั้นจึงควรใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นในการดูแลผู้ป่วย และทีมสุขภาพ ควรติดตามคุณภาพชีวิตและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการดูแล, รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This research and development aimed to develop and evaluate the stroke patient care model in Srisangwornasukhothai hospital. Samples were stroke patients, primary caregivers, and a multidisciplinary team. The development process was divided into four steps including 1) situation analysis, 2) development of the care model, 3) implementation of the model, and 4) evaluation of the model. Research instruments were composed of the stroke patient care model, clinical outcome record, a test about stroke care for caregivers, and a satisfaction questionnaire for the multidisciplinary team. Data were analyzed with frequency, percentage mean, a standard deviation, independent t-test, and Mann-Whitney U test.

The study results showed that patients in the stroke care model were composed of a stroke care unit, multidisciplinary teams, a nurse case manager, a stroke care plan, and a clinical practice guideline. After using the stroke patient care model, patients had more abilities to perform the daily activities than those before using the stroke patient care model both at the date of discharge and after 2 weeks ($p=.02$, $p=.02$), had less length of hospital stay than those before using the stroke patient care model ($p=.03$). However, pneumonia, urinary tract infection, and pressure sore incident rates between the two groups were not significant. The caregivers' knowledge about stroke significantly increased ($p\text{-value}=.001$). The overall satisfaction level of the multidisciplinary team is at a high level. Therefore, this model should be used in taking of these patients. The healthcare team should continue to evaluate patients' quality of life and promote their care.

Keywords: Developing nursing care guidelines, Nursing care, Patients with stroke

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 (World Stroke Organization, 2018) จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรทั้งโลกเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุมากขึ้น และส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ได้มีการประมาณว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2535 และ 2563 (Murray & Lopez, 1997)

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2555 – 2559 เท่ากับ 31.70, 35.90, 38.70, 43.30 และ 48.70 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I69) ต่อประชากรแสนคน ปี 2554 – 2558 เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ชาย 30,402 ราย, หญิง 31,044 ราย) และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิง (ณัฐจิรธรณ พันธ์มิ่ง, อลิสร่า อยู่เลิศ และ อามีนะห์ เจ๊ะปอ, 2561) ข้อมูลของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวน 4 โรคสำคัญคือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหาร

ทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับการให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่าอัตราการตายในช่วงอายุ 30 - 69 ปีของทั้ง 4 โรคมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.40 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 40.90 ต่อแสนประชากร (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้ จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการ จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่รับไว้ในโรงพยาบาลเมื่อติดตามต่อเนื่องไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 32 มีความพิการรุนแรงจนต้องมีผู้อื่นช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงใด รักษาหายหรือไม่ ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกทางร่างกายคือ กระสับกระส่ายนอนไม่หลับ บางรายมีพฤติกรรมถดถอยเหมือนเด็ก บางรายมีพฤติกรรมต่อต้าน ปฏิเสธการดูแลจากผู้อื่น บางรายก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ (ณัฐธีรธรณ์ พันธมุง และคณะ, 2561) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายโรคหลอดเลือดสมอง (Direct cost) พบต้นทุนทางตรงสำหรับการรับบริการในกรณีเป็นผู้ป่วยใน 1,489.78 บาทต่อวันนอน และสำหรับการรับบริการผู้ป่วยนอก เท่ากับ 1,010.22 บาทต่อครั้ง และค่าเสียโอกาส (Indirect cost) เนื่องจากการขาดงานและความพิการ 101,681.20 บาท และสูญเสียเนื่องจากการเสียชีวิต 15,766.66 บาท รวมต้นทุนเฉลี่ยจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง 162,664.97 บาทต่อปี (สถาบันประสาทวิทยา, 2552)

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (M1) มีผู้ป่วยในความดูแลหลัก 5 อำเภอ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยในทั้งหมดในปี 2559 - 2561 จำนวน 569, 615 และ 590 ราย มีอัตราการตายร้อยละ 12.40, 13.30 และ 11.20 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย, 2562) ซึ่งสูงเกินเกณฑ์ของการพัฒนาตามระบบ Service plan ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาเป็นระยะโดยเริ่มเปิดบริการให้ยาลดไขมันเมื่อมีนาคม 2558 โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันแล้วจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักโดยมีพยาบาลผู้จัดการติดตามให้ได้รับการดูแลตามแนวทาง อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยส่วนน้อยที่ได้รับยาลดไขมันแล้ว เนื่องจากมีข้อห้ามในการรับยาและไม่สามารถรับการรักษในช่วงเวลาที่กำหนด ซึ่งพบว่าในปี 2559 - 2561 อัตราผู้ป่วยที่ได้อายาลดไขมันแล้วมีเพียงร้อยละ 3.30, 4.60 และ 8.30 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาลดไขมันแล้วจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ หรือนักจิตวิทยาจะร่วมดูแลเมื่อแพทย์เจ้าของไข้ปรึกษาเท่านั้น การพยาบาลที่ได้รับขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ในปี 2561 พบผู้ป่วยติดเชื้อปอดอักเสบมากถึงร้อยละ 7.80 ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะร้อยละ 2.76 และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เท่ากับ 1.68 จากการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุวรรณ์ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระนอง โดยรูปแบบการดูแลประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือมือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ระบบสารสนเทศควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามรูปแบบ พบว่าผลลัพธ์ตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการบรรลุเป้าหมายได้แก่ อัตราการ Re-admission ภายใน 28 วันโดยมีได้วางแผนร้อยละ 0.74 อัตราเกิดปอดอักเสบร้อยละ 1.85 อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะร้อยละ 0.37 อัตราการเกิดแผลกดทับร้อยละ 3.13 การวางระบบในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมเหมาะสมกับความต้องการการดูแลจึงมีความจำเป็น ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยขึ้นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

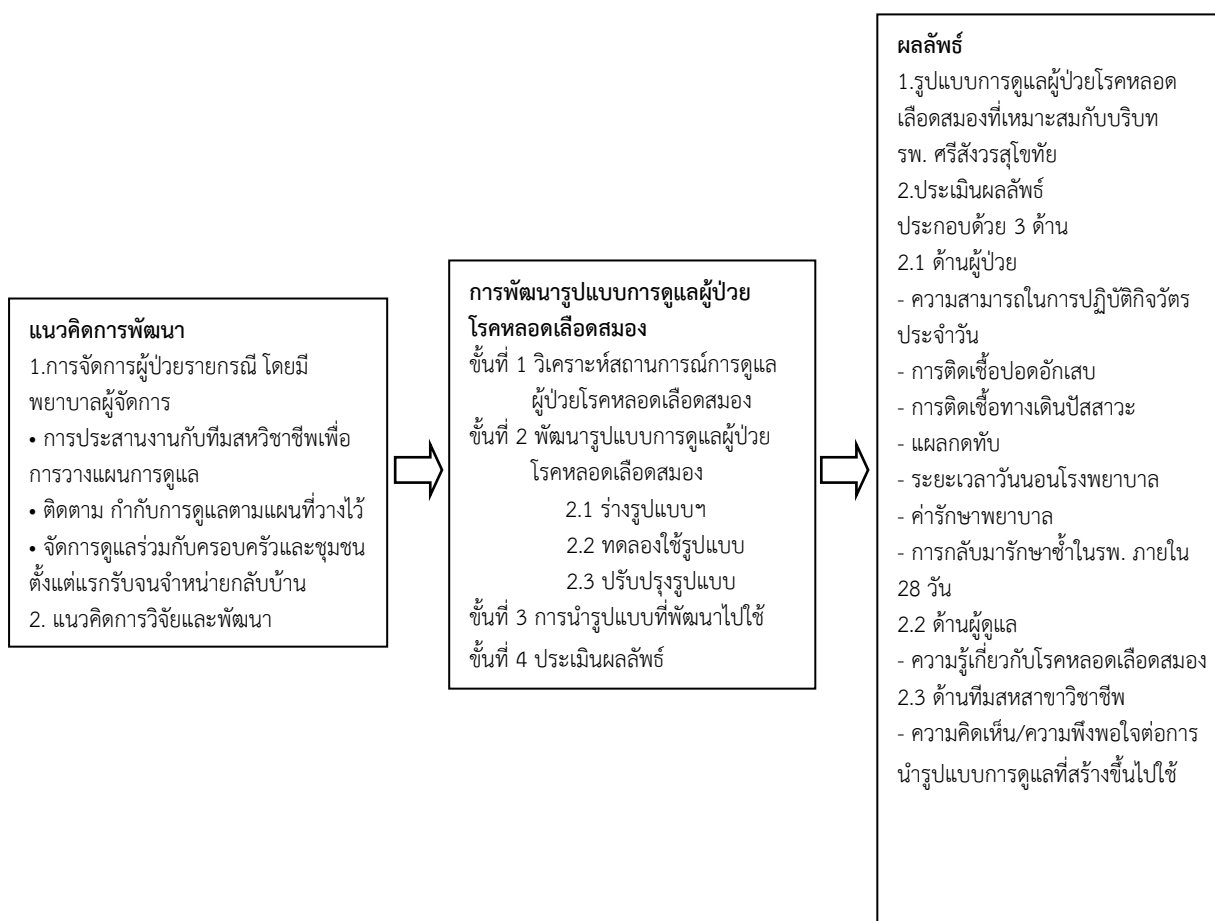
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ของโพเวลและทาเฮน (Powell & Tahan) (2010) เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายร่วมกับแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ของบอร์กและกอลล์ (Borg & Gall) (1983) ดังรูป



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน 2562 ถึง พฤษภาคม 2563 มีการศึกษา 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ 4) การประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
3. ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอน มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560 จำนวน 615 คน ยกเลิกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง 74 คน เหลือกลุ่มตัวอย่าง 541 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เกณฑ์การคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษาต่อหรือส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ อายุรแพทย์ 1 คน พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม 8 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดูแล คือทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มเดียวกับในขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์

3. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาไปใช้ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาใน Stroke unit โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยระหว่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 64 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีระดับความรู้สึกตัว (GCS) ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ สมัครใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยมีวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนึงถึงความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ใช้หลักการวิเคราะห์กำลังของการทดสอบ Power analysis (Cohen, 1998) เพื่อการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ .08 และค่า Effect size เท่ากับ .70 และทำการเปิดตาราง Power tables สำเร็จรูป (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมการศึกษา 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงได้แก่ อายุรแพทย์ 2 คน พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2 คน พยาบาลวิชาชีพจาก Stroke unit 7 คน พยาบาลผู้จัดการ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักกิจกรรมบำบัด 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักโภชนาการ 1 คน

4. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินผลลัพธ์ (เป็นกลุ่มเดียวกับขั้นตอนการนำรูปแบบการดูแลไปใช้)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง (Care maps) เป็นแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด ที่ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันปรับจากแนวทางการดูแลรักษาจากสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งกำหนดแผนการดูแลตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.2 แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical nursing practice guideline: CNPG) ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลขณะและหลังการให้ยาละลายลิ่มเลือด แนวทางการเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับจากแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป โดยสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2552)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสังเกตเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแล เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่รับไว้ในโรงพยาบาลจนจำหน่าย วิธีการประเมินใช้การสังเกตการปฏิบัติและมี 2 คำตอบให้เลือก คือ ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ หากปฏิบัติให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ การเกิดติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล และระยะเวลาวันนอน

2.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้ และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ หากตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน หากตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่ทราบ” ให้ 0 คะแนน

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และวิชาชีพ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดประมาณค่า จำนวน 9 ข้อ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พึงพอใจมากเท่ากับ 3 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน และพึงพอใจน้อย เท่ากับ 1 คะแนน การแปลคะแนนในภาพรวมใช้หลักการอิงกลุ่มของเบสท์ (Best, 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 2.33 - 3.00 เท่ากับระดับมาก คะแนน 1.67 - 2.32 เท่ากับ ระดับปานกลาง และคะแนน 1.00 - 1.66 เท่ากับ ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แผนการดูแล แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง แบบสังเกตเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการดูแล แบบบันทึกผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลไปทดลองใช้กับผู้ดูแลจำนวน 30 คน และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 20 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 และ 0.78 ตามลำดับ

การดำเนินการ

หลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น

1. ด้านผู้ป่วย ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศรีสังวรสุโขทัยระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2560 จำนวน 541 ฉบับ ทำการสรุปผลลัพธ์การดูแล ประกอบด้วย การติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ ระยะเวลาวันนอน ค่ารักษาพยาบาลและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

2. ด้านรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้จากการสืบค้น ข้อมูลต่อที่ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพด้านอายุรกรรม และใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมระดมสมอง วิเคราะห์รูปแบบการดูแลที่มีอยู่เดิม ปัญหา อุปสรรคต่างๆ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ตั้งคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 23 คน ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม เภสัชกร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ผู้วิจัยประชุมร่วมกับคณะทำงานโรคหลอดเลือดสมอง นำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ สถานการณ์ มาวางแผนพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย

2.1 การเปิดหอผู้ป่วยสำหรับการดูแลเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 ทีมบุคลากรที่ดูแลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกกระบวนการวางแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย การประสานการดูแล ติดตามกำกับและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาล ผู้จัดการ

2.4 การจัดทำแผนการดูแลให้ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาจนกระทั่งจำหน่าย

2.5 จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง

3. ผู้วิจัยทำบันทึกเสนอแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้บริหาร โรงพยาบาล เพื่อขออนุมัติดำเนินการปรับปรุง

4. หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ร่วมดำเนินการ ประกอบด้วย 1) เตรียมความพร้อม ด้านสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐาน 2) เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร กำหนดบทบาท และ มอบหมายหน้าที่แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลร่วมกัน 3) จัดตั้งทีมประจำหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4) จัดทำแผนการดูแล โดย กำหนดระยะเวลา 7 วัน กำหนดกิจกรรมของแต่ละสาขาวิชาชีพให้ครอบคลุมความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย และ 5) จัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้

ดำเนินการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ โดยเปิดให้บริการหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งพื้นที่บางส่วน จากหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายมาใช้ในการนำแผนการดูแลและแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ ระหว่างการใช้รูปแบบได้มีการพัฒนาปรับปรุง 2 รอบ เนื่องจากพบปัญหาพบว่าในกรณีเตียงเต็มและต้องรับผู้ป่วยใหม่ต้องมีการย้ายผู้ป่วยไป หอผู้ป่วยอายุรกรรมก่อนกำหนด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามแผน และการประเมินด้านจิตใจใน ระยะเฉียบพลันประเมินได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากแยกจากพยาธิสภาพของโรคได้ยาก จึงมีการประชุมของทีมสหสาขา วิชาชีพ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์และแก้ปัญหาโดยพยาบาลผู้จัดการติดตามกำกับให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบถ้วนตามแผน ก่อนย้ายออก และกำหนดให้ผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาด้านการพูดทุกรายมาพบนักจิตวิทยาหลังจำหน่ายแล้ว 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์จากการดูแลผู้ป่วย

โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ด้านผู้ป่วย ประเมิน Barthel index แรกรับและก่อนจำหน่าย ระยะเวลาวันนอน ค่ารักษาพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้านผู้ดูแล ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และด้านทีมสหสาขาวิชาชีพ ประเมินการปฏิบัติตามแผนการดูแล และความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนและหลังพัฒนา ด้วยสถิติ Independent t test
3. เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ด้วยสถิติ Chi-square
4. เปรียบเทียบระยะเวลาวันนอนและค่ารักษาพยาบาลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย เลขที่ 06/2562 เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2562 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการ โดย 1) ขั้นตอนวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยทำบันทึกเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเพื่อสืบค้นข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง 2) ขั้นตอนการพัฒนาและประเมินผล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย และขอทำหนังสือขอความยินยอมจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องใช้แนวปฏิบัติ พร้อมระบุว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา 3) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความยินยอมโดยสมัครใจ และระบุสิทธิที่จะออกจากการศึกษาได้โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
 - 1.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์พบอุปสรรคต่อการบริการได้แก่ 1) ด้านสถานที่ ไม่มีหน่วยงานดูแลเฉพาะ 2) ด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างกัน 3) แผนการดูแล พบว่า ไม่ครอบคลุมรวมทั้งขาดการประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง และ 4) ระบบบริการ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อนและจำเป็นต้องได้รับการดูแลร่วมกันจากทีมสหสาขา จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบว่าด้านการรักษาทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางเดิม แพทย์เจ้าของไข้ต้องมีการปรึกษาก่อน ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องจึงจะสามารถเข้ามาร่วมดูแล
 - 1.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) Stroke unit 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร โภชนาการและนักจิตวิทยา 3) พยาบาลผู้จัดการซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย 4) แผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ซึ่งกำหนดแผนการดูแลตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งถึงวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจัดทำโดยผ่านรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) แนวปฏิบัติทางคลินิก ได้แก่ แนวทางการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยและอายุรแพทย์ได้ร่วมกันปรับปรุงเพื่อใช้เป็นแนวทางในการ

รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นสามารถเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่

ประเด็นการพัฒนา	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่ (ประเมินและติดตามดูแลทุกขั้นตอน โดยพยาบาลผู้จัดการ)
1. การรับผู้ป่วย Admit	• หอผู้ป่วยอายุรกรรม • หอผู้ป่วยพิเศษ • หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (กรณีเตียงเต็ม)	• Ischemic เข้า Stroke unit ทุกราย • Hemorrhage เข้า Stroke Unit ตามเกณฑ์
2. การดูแลรักษา	• ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อมีการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ • การพยาบาลขึ้นอยู่กับทักษะและความเชี่ยวชาญเฉพาะบุคคล	• CPG / Care map กำหนด LOS ชัดเจน • ทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการดูแลโดยไม่ต้องรอการปรึกษาจากแพทย์เจ้าของไข้ • พยาบาลมีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค
3. การดูแลระหว่างอยู่ รพ.		
3.1 การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง	• ประเมินซ้ำไม่ได้ตามระยะเวลาที่เหมาะสม	• ประเมินซ้ำสอดคล้องกับอาการผู้ป่วยแต่ละรายตาม Care map
3.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	• การประเมินการกลืนน้อยไม่ครบถ้วน • ขาดการกำกับและการป้องกันการเกิด UTI, Pneumonia, Bedsores	• มีแนวทางและประเมินการกลืนทุกราย • มีแนวทางปฏิบัติการป้องกันการเกิด UTI, Pneumonia, Bedsores
3.3 การฟื้นฟูสภาพ	• ได้รับการทำกายภาพบำบัด เมื่อมีคำสั่งจากแพทย์เจ้าของไข้	• ได้รับการทำกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัดทุกราย โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์เจ้าของไข้
3.4 การให้สุขศึกษา	• ได้รับการให้ความรู้จากพยาบาลที่มีทักษะ และความเชี่ยวชาญที่ต่างกัน • แผ่นพับ (บางราย)	• ได้รับความรู้ครบถ้วนตามหัวข้อที่กำหนด • มีการประเมินความรู้ผู้ดูแลทุกราย • แจกแผ่นพับทุกราย • สื่อวีดิทัศน์โรคหลอดเลือดสมอง
3.5 การวางแผนจำหน่าย	• ผู้ป่วยบางรายได้รับการเตรียมความพร้อมในวันจำหน่าย	• ได้รับการเตรียมความพร้อม/การวางแผนจำหน่ายตามระยะเวลาที่กำหนดใน Care map
4. การดูแลต่อเนื่อง	• ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะได้รับการส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน • ไม่มีการติดตามหลังจำหน่ายจากพยาบาลในหอผู้ป่วย	• ส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านทุกราย • Stroke Nurse เยี่ยมผู้ป่วยที่แผนก OPD วันที่มาตรวจตามนัด • ประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

สรุปในองค์ประกอบการรับผู้ป่วย admit มีการปรับปรุงให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทุกรายเข้ารับการดูแลใน Stroke unit และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเข้า Stroke unit ตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีการย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ (กรณีเตียงเต็ม) องค์ประกอบการดูแลรักษาปรับปรุงโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหสาขาวิชาชีพและสามารถประเมินสภาพและให้การดูแลรักษาโดยไม่ต้องรอการขอคำปรึกษาจากอายุรแพทย์เจ้าของไข้ โรงพยาบาลที่ให้การพยาบาลทุกคนผ่านการอบรมการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง องค์ประกอบการดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาลปรับปรุงให้ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนดเหมาะสมเฉพาะราย รวมทั้งมีการประเมินความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และองค์ประกอบการดูแลต่อเนื่องเพิ่มการติดตามของ Stroke nurse และการประเมินความเครียด และภาวะซึมเศร้าจากนักจิตวิทยาหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

2. ผลลัพธ์การใช้รูปแบบ

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

เปรียบเทียบลักษณะต่างๆ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบ และหลังพัฒนารูปแบบในด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ค่าเฉลี่ยของอายุ ค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึกละตัวกลาสโกว และค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (ดังตาราง 2 และ 3)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		χ^2	df	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	20	62.5	20	62.5	.000	1	1.000
หญิง	12	37.5	12	37.5			
สถานภาพสมรส							
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	7	21.90	10	31.20	.32	1	.57
คู่	25	78.10	22	68.80			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษาหรือ น้อยกว่า	26	81.20	27	84.40	.00		1.00
มัธยมศึกษาหรือ มากกว่า	6	18.80	5	15.60			
โรคประจำตัว							
ไม่มี	2	6.20	4	12.50	.18		.67
มี	30	93.80	28	87.50			
ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง							
ตีบหรืออุดตัน	27	84.40	27	84.40	.00		1.00
ตีบหรืออุดตัน ที่ได้ยาละลายลิ่มเลือด	5	15.60	5	15.60			

Chi-square test

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ระดับความรู้สึกตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่อแรกเริ่ม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
อายุ	65.91	7.63	66.13	9.51	-.10	.92
	Range= 45-78		Range= 46-79			
ค่าระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว	14.22	1.64	14.53	1.24	-.86	.39
	Range= 10-15		Range= 10-15			
ค่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	35.16	12.91	37.19	13.37	-.62	.54
	Range= 15-60		Range= 15-60			

2.1.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในแต่ละช่วงเวลาโดยใช้สถิติที พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในวันแรกเริ่มไม่แตกต่างกัน ($t = -.62$, $p = .54$) ส่วนวันก่อนจำหน่ายพบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.51$, $p = .02$) และวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.43$, $p = .02$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแล

ระยะเวลา	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
วันแรกเริ่ม	35.16	12.91	37.19	13.37	-.618	.54
วันจำหน่าย	45.16	22.45	59.22	22.40	-2.51	.02
หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์	60.94	24.21	75.00	21.96	-2.43	.02

*Independent sample t-test

2.1.2 ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบกับกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบในด้านการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับและการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		Fisher's exact test p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การติดเชื้อปอดอักเสบ					
เกิด	2	6.2	0	0	.49
ไม่เกิด	30	93.80	32	100	
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ					
เกิด	2	6.2	0	0	.49
ไม่เกิด	30	93.80	32	100	
การเกิดแผลกดทับ					
เกิด	0	0	0	0	1.00
ไม่เกิด	32	100	32	100	
การกลับมารักษาซ้ำในรพ.ภายใน 28 วัน					
เกิด	0	0	1	3.1	1.00
ไม่เกิด	32	100	31	96.90	

2.1.3 ระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) ส่วนค่ารักษาพยาบาล พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนพัฒนารูปแบบ (n=32)		หลังพัฒนารูปแบบ (n=32)		Mann-Whitney U	P-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ระยะเวลาวันนอน (วัน)	4.37	2.20	3.23	.89	313	.03
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	21,260.57	14,413.44	19,841.75	15,373.86	426	.72

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ดูแล

กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 13.31 (S.D.= 2.96) กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 17.00 (S.D.= 2.03) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.96, p = .001$)

2.3 ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยของทีมนิสิตพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลทั่วไปเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 82.40 มีอายุเฉลี่ย 36 ปี เป็นวิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมาได้แก่นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัดและนักโภชนาการร้อยละ 17.65

2.3.1 การปฏิบัติตามแนวทาง ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตามแผนการดูแลได้น้อยที่สุดร้อยละ 30.10

2.3.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และพบว่าระดับความพึงพอใจรายข้ออยู่ในระดับมากเช่นกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของทีมสหสาขา (n= 17)

หัวข้อการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประโยชน์ในการปฏิบัติงาน	3.00	.00	มาก
2. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ	2.94	.25	มาก
3. เนื้อหาที่กำหนดในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความครอบคลุมในการปฏิบัติ	2.93	.26	มาก
4. สามารถปฏิบัติได้ครบทุกขั้นตอน	2.63	.50	มาก
5. รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ	2.94	.25	มาก
6. รูปแบบมีความชัดเจนเป็นที่เข้าใจได้ตรงกันในการนำไปปฏิบัติ	2.75	.45	มาก
7. การปฏิบัติตามรูปแบบทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.94	.25	มาก
8. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	2.75	.45	มาก
9. ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	3.00	.26	มาก
รวม	2.85	.18	มาก

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาและอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ต่อไปนี้

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) Stroke unit 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ 3) พยาบาลผู้จัดการ 4) แผนการดูแล และ 5) แนวปฏิบัติทางคลินิก การประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของบุคลากร มีการนำแนวทางการแก้ปัญหาปฏิบัติ ประเมินการปฏิบัติและมีการปรับปรุง โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ประสานการทำงาน แนวทางการแก้ปัญหาสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล ทำให้ผลลัพธ์การดูแลส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก สอดคล้องกับลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยการจัดการรายกรณี และการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญญรัตน์ เพิกเดช (2563) พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วยผังปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับรายละเอียด หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทีมพยาบาลที่มีความรู้และทักษะรวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษา และแผนการดูแลที่ร่วมกันปรับปรุงขึ้น ซึ่งต่างจากการศึกษาของอรุณรัตน์ อินทสุพรรณ (2559) ที่พบว่าองค์ประกอบของรูปแบบที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยคือคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและระบบการนิเทศควบคุมกำกับการปฏิบัติตามรูปแบบ

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย

2.1 คะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการใช้รูปแบบฯ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ที่พบว่า วันก่อนจำหน่ายและวันหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติพยาบาลตามแนวทาง แผนการดูแล การประสานให้เกิดการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการทำกายภาพบำบัด รวมทั้งการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติด้วยการสอนเป็นรายบุคคล การให้ความรู้โดยผ่านสื่อวีดิทัศน์ และการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้สามารถจดจำได้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนถึงกระทั่งวันจำหน่าย ช่วยให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีการนิเทศติดตามของพยาบาลผู้จัดการเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลตามที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญญ (2558) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้นเมื่อจำหน่ายและภายหลังจำหน่าย 30 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) และสอดคล้องกับการศึกษาของปรางิ์ เกสรสันต์ และคณะ (2560) ในการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL patient care model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ยมากกว่าวันแรกรับเข้ารับรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 ภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน พบว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในกลุ่มก่อนการพัฒนารูปแบบเกิดการติดเชื้อ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.2 ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบไม่พบทั้งการติดเชื้อทางเดินหายใจและติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ด้านการเกิดแผลกดทับพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวันสอดคล้องกับการดำเนินโรคของผู้ป่วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย ซึ่งช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนลงได้ด้านการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.10 ซึ่งมีภาวะของ Progressive stroke ทำให้กลับมารักษาซ้ำ

2.3 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและค่ารักษาพยาบาล กลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอน 4.37 วัน (S.D. = 2.20) กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอน 3.23 (S.D. = .89) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Mann-Whitney U พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยวันนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนในแต่ละวัน รวมถึงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ติดตามกำกับ ประสานการดูแลให้เป็นไปตามแผนการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะราย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยและกลับบ้านได้เร็วขึ้นสอดคล้องการศึกษาของ สอดคล้องกับจิตลัดดา ประสานวงศ์ และคณะ (2555) พบว่า ระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น สามารถลดวันนอนเฉลี่ยลดลงจาก 5.63 วันเหลือ 2.08 วัน ส่วนค่ารักษาพยาบาลกลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 21,260.57 บาท (S.D. = 14,413.44) ส่วนกลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาล 19,841.75 บาท (S.D. = 15,373.86) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Mann-Whitney U พบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยค่ารักษาพยาบาลไม่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีการกำหนดกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจน ลดวันนอน จึงทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญญ (2558) ที่พบว่า

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก่อนการพัฒนา ($\bar{X}$ = 15,800 บาท, S.D.= 13.48) กับหลังพัฒนา ($\bar{X}$ = 13,469 บาท, S.D.= 19.37) ไม่แตกต่างกัน

3. ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล พบว่าคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ย 13.31 (S.D. = 2.96) กลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 17.00 (S.D. = 2.03) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มหลังพัฒนารูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.96, p = .00$) ทั้งนี้เนื่องมาจากในกระบวนการดูแลผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับโรค การดูแลและการปฏิบัติตัว ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับลินดา สันตวาจา และศรีธัญญา บุญโญ (2558) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลเมื่อแรกรับและก่อนจำหน่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ด้านผู้ให้บริการ

การประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยของทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่า เป็นวิชาชีพพยาบาลมากที่สุดร้อยละ 41.18 รองลงมา ได้แก่ นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด และนักโภชนาการร้อยละ 17.65

4.1 การปฏิบัติตามแผนการดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดสามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลได้ร้อยละ 100 ส่วนนักโภชนาการปฏิบัติตามแผนการดูแลได้น้อยที่สุดร้อยละ 30.11 อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการให้ความรู้โดยพยาบาลจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการแก่ผู้ป่วยทุกราย และในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรคที่เป็น จะได้รับการเสริมความรู้จากโภชนาการทุกราย

4.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลพบว่าโดยรวมระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากได้แสดงความคิดเห็นและการตัดสินใจร่วมกันอีกทั้งรูปแบบการดูแล มีการกำหนดบทบาทและกิจกรรมรวมถึงการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เกิดความสะดวกแก่การนำไปใช้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุไร ดวงแก้ว และอภิญญา จำปามูล (2561) พบว่า ความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อการจัดการรายกรณีโดยรวมอยู่ในระดับมาก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยไปใช้ ควรมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทุก 3 เดือนหลังจำหน่าย เพื่อช่วยเสริมสร้างพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับการประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต

2. ด้านการบริหารและจัดการระบบบริการ ควรใช้การจัดการรายกรณีในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่ออื่นๆที่ควบคุมอาการไม่ได้ เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ข้อจำกัด

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาในภาพรวม ยังไม่ได้ศึกษาเชิงลึกในประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้อง เช่น โปรแกรมการป้องกันติดเชื้อปอดอักเสบจากการสำลัก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการวิจัยโดยการสร้างแผนการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ โดยมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. ควรศึกษาในประเด็นการพัฒนาแนวปฏิบัติเชิงลึกเฉพาะ ในเรื่องการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.(2562). ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีด้านสาธารณสุขและPA. สืบค้นจาก http://www.bps.moph.go.th/new_bps/StrategyPlanPA (25 มีนาคม 2562)
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2560). แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564) (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: โอโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- งานเวชระเบียนผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. (2562). ระบบ Hos Xp.: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย.
- จิตลัดดา ประสานวงศ์, ปฐมวดี สิงห์ตง, และรสสุคนธ์ สามแสน. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(2), 51-65.
- ณัฐจิรพรรณ พันธุ์มั่ง, อลิสร่า อยู่เลิศลบ, และอามีนะห์ เจ๊ะปอ. (2561). ประเด็นสารณรงค์วันอัมพาทโลกปี 2561. *สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค*. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/_2561.pdf. (23 มีนาคม 2562)
- บุญญรัตน์ เพิกเดช. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 34(3), 7-21.
- ปราณี เกสรสันต์, ณาตยา ขนุนทอง, ขนิษฐา พันธุ์สุวรรณ, และวราพร พลายชุมพล. (2560). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ IDEAL Patient Care Model ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. *วารสารการพยาบาลและกรดดูแลสุขภาพ*, 35(2), 111-121.
- ลินดา สันตวาจา, และศรีธัญญา บุญโญ. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(1), 91-112.
- สถาบันประสาทวิทยา. (2552). รายงานการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบทางกายภาพระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านโรคหลอดเลือดสมอง. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรงพยาบาลระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(4), 335-343.
- อุไร ดวงแก้ว, และอภิญา จำปามูล. (2561). ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกต่อระยะวันนอน ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 42-50.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.) Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Borg, W. R. & Gall, M.D. (1983). *Research: An introduction* (4th ed.). Longman: New York.
- Murray, C. J. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349(9064), 1498-504.

- Polit, D. F. & Beck, T. B. (2008). *Nursing research: Generating and assign evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Powell, S. K. & Tahan, H. A. (2010). *Case management: A practical guide for education and practice* (3rd ed.). Philadelphia: F.A Davis company.

ผลการใช้ Hip abduction pillow ต่อความปวดขณะพลิกตะแคงตัว อัตราการเกิดแผลกดทับ
และข้อสะโพกเทียมหลุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
The Effective of Hip Abduction Pillow on Pain while Rolling, Incidence of Pressure
Ulcer, and Hip Dislocation in Patients After Hip Replacement

วรภักดิ์สกุล สุขดี

Woraphaksakul Sukdee

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

E-mail: bigmom2509@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้หมอน Hip abduction pillow ต่อความปวดขณะพลิกตะแคงตัว อัตราการเกิดแผลกดทับและข้อสะโพกเทียมหลุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก 64 ราย เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) หมอน Hip Abduction Pillow 2) แบบประเมินความเจ็บปวด 3) แบบบันทึกอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ และ 4) แบบบันทึกข้อสะโพกเทียมหลุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed rank test และ Fisher's Exact test ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ใช้หมอน Hip abduction pillow มีระดับความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้หมอน Hip abduction pillow ($p < 0.001$) แต่อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับและข้อสะโพกเทียมหลุด ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำหมอน Hip abduction pillow ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในรายอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ หมอน Hip abduction pillow, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม, ข้อสะโพกเคลื่อนหลุด
ปวดแผลหลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม, แผลกดทับ

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research with two groups pretest-posttest design were to examine the effects of a hip abduction pillow on pain while rolling, the incidence of pressure ulcers, and hip dislocation in patients after hip replacement. Samples were 64 patients after hip replacement, selected by the purposive sampling method and were assigned to 2 groups; the experimental and the control groups. Research instruments included 1) the hip abduction pillow, 2) pain scale, 3) incidence of pressure ulcer record, and 4) hip dislocation record. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon Signed rank test, and Fisher's exact test. The results showed that patients who used the hip abduction pillows after hip replacement surgery had significantly lower pain scores than patients who did not use the hip abduction pillows ($p < 0.001$). However, the incidences of pressure ulcers and hip dislocation between the two groups

were not different. Therefore, nurses should use this hip abduction pillow in other patients after hip replacement.

Keywords: Hip abduction pillow, Prosthetic hip replacement surgery, Hip dislocation, Pain after prosthetic hip surgery, Pressure ulcer

บทนำ

ในบรรดาประเทศสมาชิกของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยถือว่ามียัตราการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่รวดเร็วเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ (Glinskaya, Walker, & Wanniarachchi, 2021) โดยจากสถิติที่ผ่านมาพบอัตราการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 17.1 ในปี พ.ศ. 2560 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2578 (Glinskaya et al., 2021) ทั้งนี้จากสถิติของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (n.d.) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม โดยมีการคาดการณ์ว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้สูงอายุหกล้ม 3,030,900 - 5,506,000 คน/ปี และอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุถึง 3 เท่า ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจต้องเสียค่ารักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพที่ใช้เวลานาน ดังนั้นจึงนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ

กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้มและโรคกระดูกพรุน ทั้งนี้วิธีการการผ่าตัดเป็นการรักษากระดูกสะโพกหักวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักควรได้รับการรักษาโดยทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยเร็วที่สุด ภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังผ่าตัด (Saul, 2019) อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากกว่าคนทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นการติดเชื้อของแผล การหลุดของข้อสะโพกเทียม การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ หรือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช, 2563)

นอกจากนี้เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อกล้ามเนื้อ หลอดเลือด เส้นประสาท กระดูกและข้อสะโพก ดังนั้นหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยเฉพาะในวันแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะมีความปวดระดับที่รุนแรงมาก โดยบางรายร้องโอดโอย นอนบิดตัวไปมา เนื่องจากมีการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกบริเวณที่มีความทนต่อความปวดในระดับต่ำ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุไม่อยากเคลื่อนไหว เนื่องจากข้อสะโพกเป็นตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหว ดังนั้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายจะมีความไวต่อความเจ็บปวดมากที่สุด บทบาทของพยาบาลในการจัดทำผู้ป่วย ไม่ให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็งจะช่วยลดความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ (พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช, 2563)

นอกจากนี้การให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนท่านอน หรือพลิกตะแคงตัวไปทางด้านที่ไม่ได้ทำผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมงยังสามารถช่วยจัดการความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้เช่นกัน (คุณิสปรณ์ มัคคัพลานนท์, 2560) เพราะหากปล่อยให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆอยู่บนเตียงโดยไม่มีการพลิกตะแคงตัวหรือขยับร่างกายเลยเป็นเวลานานๆอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เกิดแผลกดทับ หรือเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ส่งผลให้ระยะเวลาการรักษาที่นานขึ้น (กนกพร จิวประสาท, 2562)

และเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมหลังผ่าตัด ในช่วงเวลา 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จำเป็นต้องมีการจัดท่านอนของผู้ป่วยให้เหมาะสม กล่าวคือ การนอนหงายกางขา (Abduction) ประมาณ 15 - 30 องศา เพื่อให้ข้อสะโพกกางออก โดยใช้หมอนวางไว้ระหว่างขาผู้ป่วย เพื่อให้ขาอยู่ในท่าตั้งตรงข้อสะโพกไม่หมุนเข้าด้านใน (Internal rotation) หรือหมุนออกด้านนอก (External rotation) ไม่งอข้อสะโพก (Flexion) และไม่หุบขาเข้า (Adduction) เพราะจะทำให้ข้อเทียมเคลื่อนหลุดได้ (พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช, 2563) ส่วนการพลิกตะแคงตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมควรพลิกไปทางด้านที่ไม่ผ่าตัดในลักษณะพลิกทั้งตัว (Log roll) ขาช้างผ่าตัดเหยียดตรง สอดหมอนไว้ที่ระหว่างขา เพื่อให้ขากางออกเสมอ ข้อสะโพกต้องไม่หุบงอ (พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช, 2563)

อย่างไรก็ตามจากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดบางรายมีอาการอ่อนเพลียมาก ไม่ค่อยมีแรงในการขยับตัว ไม่กล้าขยับตัว กลัวแผลแยก พลิกตะแคงตัวลำบาก กลัวการพลิกตะแคงตัว เพราะเวลาเคลื่อนไหวสะโพกจะมีการปวดมาก หลังจากพลิกตะแคงตัวแล้วผู้ป่วยนอนไม่ถนัด นอนตะแคงได้ไม่นาน ขาดความมั่นใจในการพลิกตะแคงตัว ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้ นอนนิ่ง ๆ นาน ๆ เกร็งตัวเกร็งกล้ามเนื้อ ทำให้การไหลเวียนของเลือดใต้ผิวหนังลดลง จึงเป็นเหตุเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ดังจะเห็นได้จากสถิติหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จากสถิติ 3 ปีย้อนหลัง (2561-2563) พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 106, 159, 175 รายตามลำดับได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเกิดแผลกดทับหลังผ่าตัด 18, 23, 27 ราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกหลุด 2 ราย (ปี 2561) และเสียชีวิต 1 ราย

การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาสำหรับผู้ป่วยที่จะทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมก่อนไปห้องผ่าตัด ทางหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายจะมีการเตรียมหมอนสามเหลี่ยมไปพร้อมกับผู้ป่วยทุกรายและพยาบาลห้องผ่าตัดต้องใส่หมอนสามเหลี่ยมให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเสร็จทุกรายก่อนเคลื่อนย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย โดยลักษณะของหมอนแบบเดิมที่ใช้เป็นหมอนสามเหลี่ยมมีลักษณะแข็งหุ้มด้วยหนัง ผ้ายางลื่นและไม่มีการระบายความร้อน เมื่อวางนาน ๆ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกร้อนที่ผิวหนัง เกิดการระคายผิว มีผื่นแดง และยังมีสายรัดเป็นเชือกเส้นขนาดเล็กจำนวน 4 เส้น มีลักษณะแข็ง ไม่มีความยืดหยุ่นเวลารัดบริเวณเหนือเข่าและหน้าขา เวลารัดแน่นมาก ทำให้เกิดการรอยแดง แผลถลอก ผู้ป่วยจะเจ็บบริเวณเชือกที่รัด บางรายเป็นผื่นคันบริเวณที่รัด บางรายผิวหนังบางทำให้เกิดแผลถลอก พบประมาณ 60 - 80% ของผู้ป่วย แต่ถ้ารัดเชือกไม่แน่น ในขณะที่พลิกตะแคงตัวหมอนอาจหลุดออกจากขาผู้ป่วยได้ง่าย ไม่สะดวกต่อการพลิกตะแคงตัว ประกอบกับตัวหมอนมีขนาดสั้นเวลาผู้ป่วยขยับตัวหรือเปลี่ยนท่าปลายเท้าของผู้ป่วยบิด ต้องเกร็งปลายเท้าหรือปลายเท้าตก ข้อสะโพกขยับเคลื่อนที่ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับความปวดรุนแรงมากจึงไม่กล้าพลิกตะแคงตัว ขาดความมั่นใจและกลัวการพลิกตะแคงตัว กลัวข้อสะโพกเทียมหลุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการใช้ Hip abduction pillow ต่อความปวดขณะพลิกตะแคงตัว อัตราการเกิดแผลกดทับและข้อสะโพกเทียมหลุดในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยหวังว่าจะเป็นนวัตกรรมทางการแพทย์ที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดในขณะพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow กับกลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม
2. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow กับกลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม
3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ข้อสะโพกเทียมหลุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow กับกลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความปวดในขณะพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียม ในกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow ต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม

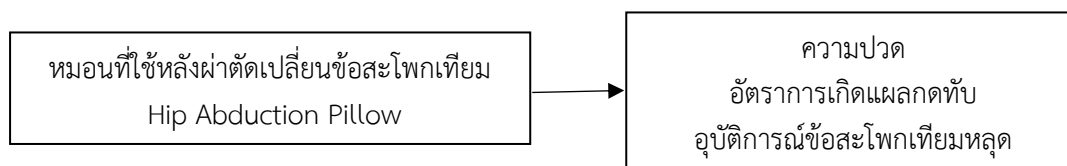
2. อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow ต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม

3. อุบัติการณ์ข้อสะโพกเทียมหลุดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow ต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research Design) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อน และวัดหลังทดลอง (two group pretest posttest design) ประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่รักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ใช้ระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลระหว่างกรกฎาคม - ธันวาคม 2564 รวมระยะเวลา 6 เดือน

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษานี้ เป็นศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อน และวัดหลังทดลอง (two group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกข้อสะโพกหักและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 ถึง ธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดของกลุ่ม โดยใช้โปรแกรม G*Power ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.80 ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง 0.05 (สนใจ โจ้ะประโคน อำพล บุญเพียร และ ปฐมา จันทพล, 2564) คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 52 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้น กลุ่มที่ต้องศึกษานี้ เพิ่มเป็นกลุ่มละ 6 คน สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 32 คน กลุ่มทดลอง 32 คน โดยลำดับเลขคือ 1,3,5,7...31 ใช้หมอนสามเหลี่ยมแบบเดิม และคนที่ลำดับเลขคู่ 2,4,6,8... 32 ใช้หมอน Hip abduction pillow

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 1.2 อายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป ไม่มีปัญหาการสื่อสาร
- 1.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะข้อสะโพกเสื่อม
- 1.4 ผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกหัก (ที่เกิดจากโรค หรือจากอุบัติเหตุ)
- 1.5 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจกระดูกต้นขาขาดเลือด

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 2.1 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
- 2.2 ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ได้แก่ หมอน Hip abduction pillow เป็นหมอนสามเหลี่ยมที่ทำจากฟองน้ำ มีลักษณะนุ่มไม่อ่อนและแข็งเกินไป หุ้มด้วยหนังนิ่มที่มีความยืดหยุ่นได้ดี สามารถระบายความร้อนได้ดี สายรัดเป็นหนังและมีตีนตุ๊กแกติดที่ส่วนปลายสายรัด เวลาวางขาเป็นเวลานานไม่ทำให้รู้สึกร้อน มีความยาวของตัวหมอนเท่ากับ ความยาวของขาผู้ป่วย สามารถวางขาไว้บนหมอนรองตั้งแต่ต้นขาจนถึงปลายเท้า เวลาพลิกตะแคงตัวขาของผู้ป่วยอยู่บน หมอนตั้งแต่ต้นขาจนถึงปลายเท้าของผู้ป่วย ซึ่งปลายเท้าไม่ตก ข้อเท้าไม่บิด กางขาได้มุมพอดีกับระดับของข้อสะโพก คือมุม 15-20 องศา ทำให้เวลาพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยขาของผู้ป่วยกระชับและข้อสะโพกไม่ขยับหรือขาอยู่ในท่าที่ ถูกต้องเหมาะสม และหมอนยังช่วยพยุงขาของผู้ป่วยให้สามารถพลิกตะแคงตัวได้อย่างปลอดภัย สายรัดเป็นหนังนิ่ม มีความยืดหยุ่นได้ดี ขนาดความกว้าง 2 นิ้ว มีจำนวน 8 เส้น ใช้รัดบริเวณต้นขา เหนือเข่า ใต้เข่า และข้อเท้า เพื่อบังคับตำแหน่งขาของผู้ป่วยไม่ให้ขยับหรืออยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้อย่างปลอดภัย สายรัดเป็นหนังนิ่ม มีความยืดหยุ่นได้ดี ขนาดความกว้าง 2 นิ้ว มีจำนวน 8 เส้น ใช้รัดบริเวณต้นขา เหนือเข่า ใต้เข่า และข้อเท้า เพื่อบังคับตำแหน่งขาของผู้ป่วยไม่ให้ขยับหรืออยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถพลิกตะแคงตัวได้อย่างปลอดภัย

หมอนสามเหลี่ยมแบบเดิม



Hip abduction pillow



2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด

2.2 แบบประเมินความปวดโดยใช้มาตรวัดระดับความปวดแบบ Numeric rating scales (NRS) โดยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมระบุความรุนแรงของความปวด เป็น 0 – 10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวด คะแนนยิ่งสูง หมายถึง อาการปวดยิ่งรุนแรงขึ้น

การแปลผลคะแนนความปวด

0 – 3 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดน้อย

4 – 6 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดปานกลาง

7 – 10 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดมากที่สุด รุนแรงจนทนไม่ได้

2.3 แบบบันทึกอุบัติการณ์ข้อสะโพกเทียมหลุด เป็นแบบเลือกคำตอบว่า เกิด/ไม่เกิดอุบัติการณ์ข้อสะโพกหลุด

2.4 แบบบันทึกอัตราการเกิดแผลกดทับ เป็นแบบเลือกคำตอบว่า เกิด/ไม่เกิดแผลกดทับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้ โดยหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) และความเที่ยง (Reliability) มีขั้นตอนดังนี้

ความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ หมอน Hip abduction pillow เป็นหมอนสามเหลี่ยมที่ทำจากฟองน้ำ มีลักษณะนุ่มไม่อ่อนและแข็งเกินไป ตัดประกอบกันสูงประมาณ 8 นิ้ว ขนาดความยาวหมอน 42 นิ้ว กว้าง 80 นิ้ว หุ้มด้วยหนังที่มีคุณสมบัติเหนียวได้สามารถระบายความร้อนได้ดี สายรัดเป็นหนังและมีตีนตุ๊กแกติดบริเวณส่วนปลาย สายรัด โดยนำแบบประเมินความปวด แบบบันทึกปฏิบัติการข้อสะโพกเทียม ชุด แบบบันทึกอัตราการเกิดแผลกดทับ ซึ่งมีตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity) โดยผ่านการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางออร์โธปิดิกส์เฉพาะทางด้านเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ประจำหน่วยงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 2 ท่าน นักกายอุปกรณ์ จำนวน 1 ท่าน พิจารณาลักษณะ วัสดุ ความคงทน ความครอบคลุมในเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากนั้นจึงนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency : IOC) ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องที่ยอมรับได้ คือ 0.6 – 1.0 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ซึ่งจากการวิเคราะห์แบบสอบถามในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มีค่าดัชนี ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ทุกข้อ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทดลองที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำนวน 10 คน ที่หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย และผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก รวมทั้งนำเครื่องมือ 2 ส่วน คือ แบบบันทึกปฏิบัติการ ข้อสะโพกเทียม ชุด และการเกิดแผลกดทับไปทดลองใช้โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย อีก 1 คนใช้เครื่องมือดังกล่าวไป พร้อมกัน และเป็นอิสระต่อกันกับผู้ป่วยจำนวน 10 คน จากนั้นนำมาคำนวณหาความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) ได้ค่าความเที่ยงจากการสังเกตของเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน เท่ากับ 1.00 ทั้งหมด ส่วนแบบประเมินความเจ็บปวด ผู้วิจัยใช้วิธีหาความคงที่ (Stability) โดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest method) แล้วใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ ความคงที่ (Coefficient of stability) = 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประชุมชี้แจงแนวทางการวิจัยนวัตกรรมหมอน Hip abduction pillow กับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ออร์โธปิดิกส์ชายและหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก สาธิตวิธีการใช้หมอน Hip abduction pillow และให้พยาบาลวิชาชีพฝึกทักษะการใช้หมอน Hip abduction pillow จนชำนาญ
2. ประชุมชี้แจงขั้นตอนการบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามประเมินความปวดแผลผ่าตัด ประเมินการเกิดแผล กดทับบริเวณก้นกบ ต้นขา และขา แบบประเมินการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ในขณะพลิกตะแคงตัวกับพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก
3. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับผู้ป่วย เพื่อชี้แจงโครงการและขอความยินยอมจากผู้ป่วย
4. เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวในการพลิกตะแคงตัว โดยการวางหมอน Hip abduction pillow ระหว่างขาทั้งสองข้าง ขาข้างที่ทำผ่าตัดวางอยู่ในแนวตรงให้ปลายเท้าของผู้ป่วยอยู่ระดับเดียวกับปลายหมอน รัดสายรัดตรงบริเวณต้นขา เหนือเข่า หน้าแข้งและข้อเท้า ปรับสายรัดให้พอดีไม่รัดแน่นเกินไป หรือหลวมเกินไป (ปรับบริเวณตีนตุ๊กแกที่ติดบริเวณปลายสายรัด) การจัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย ไม่เกร็ง กล้ามเนื้อขา ไม่เกร็งปลายเท้า อธิบายวิธีการพลิกตะแคงตัว ระยะเวลาในการพลิกตะแคงตัว โดยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ในขณะที่พลิกตะแคงตัวขาข้างที่ได้รับการผ่าตัดต้องอยู่ด้านบนของหมอน ผู้ที่ปฏิบัติการพลิกตัว

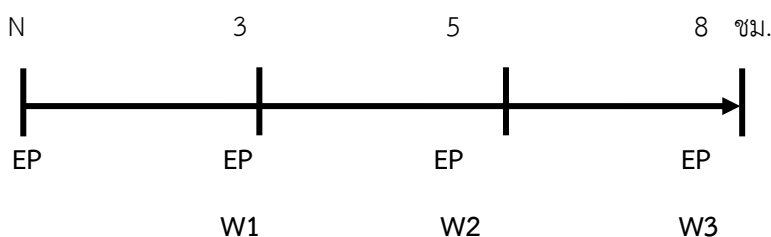
กรณีที่ 1 ผู้ที่ทำการพลิกตะแคงตัวคนเดียว ให้ยืนในท่าที่สบายกางขาเล็กน้อย มือวางที่บริเวณเหนือบั้นเอว และอีกข้างวางบริเวณขาของผู้ป่วย และพลิกตะแคงตัวพร้อมกันทั้งสองมืออย่างช้าๆและนุ่มนวล

กรณีที่ 2 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการปวดมากให้พลิกตะแคงตัวโดยใช้ผู้ช่วยพลิกตะแคงตัว 2 คน โดยคนที่ 1 วางมือไว้ที่สะบักผู้ป่วย มืออีกข้างวางไว้ที่สะโพกผู้ป่วย คนที่ 2 วางมือข้างหนึ่งไว้ที่เหนือบั้นเอวผู้ป่วย มืออีกข้างวางที่ขาของผู้ป่วย เพื่อช่วยพยุงผู้ป่วย (ไขว้มือกัน) และทำการพลิกตะแคงตัวพร้อมกันทำอย่างช้าๆและนุ่มนวล โดยเริ่มพลิกตะแคงตัวครั้งแรกเมื่อถึงชั่วโมงที่ 3 นับจากผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วย ชั่วโมงที่ 5 , 8 และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับระดับความปวดขณะพลิกตะแคงตัวโดยบอกระดับความปวดเป็นตัวเลข 0 ถึง 10 ระดับความปวดน้อยตัวเลขน้อย ระดับความปวดมากเลขมากตามลำดับ ผู้ที่ทำการพลิกตะแคงตัวขณะพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยพร้อมสังเกต และประเมินอาการข้อสะโพกหลุดของผู้ป่วยเช่นมีขาผิดรูป สะโพกบวมผิดรูป ประเมินการเกิดแผลกดทับที่บริเวณสายรัด ก้นกบ ทำการประเมินทั้งหมดไปพร้อมกันในแต่ละครั้งที่ทำการพลิกตะแคงตัว ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนตามตารางการเก็บข้อมูลดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดการดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมใน 8 ชั่วโมงแรก

กลุ่มควบคุม (หมอนแบบเดิม) (N= 32 คน)	กลุ่มทดลอง (Hip abduction pillow) (N=32 คน)
1. แกรับหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม - ประเมินความปวดแผลผ่าตัด	1. แกรับหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม - ประเมินความปวดแผลผ่าตัด
2. สอนการพลิกตะแคงตัวโดยใช้หมอนสามเหลี่ยม	2. สอนการพลิกตะแคงตัวโดยใช้หมอน Hip abduction pillow
3. ประเมินความปวดขณะพลิกตะแคงตัว - ครั้งที่ 1 ชั่วโมงที่ 3.หลังออกจากห้องผ่าตัด - ครั้งที่ 2 ชั่วโมงที่ 5 หลังออกจากห้องผ่าตัด - ครั้งที่ 3 ชั่วโมงที่ 8 หลังออกจากห้องผ่าตัด	3. ประเมินความปวดขณะพลิกตะแคงตัว - ครั้งที่ 1 ชั่วโมงที่ 3.หลังออกจากห้องผ่าตัด - ครั้งที่ 2 ชั่วโมงที่ 5 หลังออกจากห้อง ผ่าตัด - ครั้งที่ 3 ชั่วโมงที่ 8 หลังออกจากห้อง ผ่าตัด
4. ประเมินการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ ขาที่ได้รับ การผ่าตัด ชั่วโมงที่ 3, 5, 8 หลังออกจากห้องผ่าตัด	4. ประเมินการเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ ขาที่ได้รับ การผ่าตัด ชั่วโมงที่ 3, 5, 8 หลังออกจากห้องผ่าตัด
5. ประเมินการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในขณะพลิกตะแคงตัวชั่วโมงที่ 3, 5, 8 หลังออกจากห้องผ่าตัด	5. ประเมินการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในขณะพลิกตะแคงตัวชั่วโมงที่ 3, 5, 8 หลังออกจากห้องผ่าตัด

แผนภาพที่ 1 แสดงการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมใน 8 ชั่วโมงแรก



N = เวลาแรกผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมลงเตียง ณ. หอผู้ป่วย

EP (Evaluation pain) = การประเมินความปวด

W = การพลิกตะแคงตัว

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายและผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก การเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมออกจากห้องผ่าตัด ในกรณีที่มีการใช้ยานำสลบขณะทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเมื่อมาถึงหอผู้ป่วยรับผู้ป่วยลงเตียงเริ่มประเมินระดับความปวด ประเมินการเกิดแผลกดทับ บริเวณก้นกบและขา ประเมินการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด เวลา ณ จุดนี้คือ N ให้ผู้ป่วยนอนพักที่เตียงโดยใช้หมอนแบบเดิมและหมอน Hip abduction pillow กั้นกลางระหว่างขาไว้ เมื่อถึงเวลาชั่วโมงที่ 3 หลังจากผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมถึงหอผู้ป่วย (N) ให้การพยาบาลด้วยการสอน สาธิตเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยและช่วยพลิกตะแคงตัวครั้งที่ 1 (EP W1) ประเมินความปวดขณะช่วยพลิกตะแคง โดยการสอบถามระดับความปวดของผู้ป่วยให้คะแนนเต็ม 10 โดยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมระบุความรุนแรงของความปวดแบบ Numeric rating scales (NRS) เป็น 0 – 10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึงไม่ปวดคะแนนยิ่งสูงหมายถึงอาการปวดยิ่งรุนแรงขึ้น

การแปลผลคะแนนความปวด

0-3 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดน้อย

4 -6 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดปานกลาง

7-10 คะแนน หมายถึง ระดับความปวดมากที่สุด รุนแรงจนทนไม่ได้

ประเมินการเกิดแผลกดทับ(จากเชือกสายรัดบริเวณต้นขา ขาและบริเวณก้นกบจากการนอนนิ่งๆนานๆ)

ประเมินการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ขณะช่วยพลิกตะแคงตัวครั้งที่ 1 เวลาชั่วโมงที่ 5 หลังจากผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วย (N) เปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยช่วยพลิกตะแคงตัวครั้งที่ 2 (EP W2)

ร่วมกับประเมินเหมือนครั้งที่ 1. เวลาชั่วโมงที่ 8 หลังจากผู้ป่วยถึงหอผู้ป่วย(N) เปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยช่วยพลิกตะแคงตัวครั้งที่ 3 (EP W3) ร่วมกับประเมินเหมือนครั้งที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความปวดขณะพลิกตะแคงตัวในกลุ่มที่ให้หมอนแบบเดิมกับหมอน Hip abduction pillow โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test
3. เปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในกลุ่มที่ให้หมอนแบบเดิมกับหมอน Hip Abduction Pillow โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test
4. เปรียบเทียบอุบัติการณ์ข้อสะโพกหลุดหลังพลิกตะแคงตัวในกลุ่มที่ให้หมอนแบบเดิมกับหมอน Hip abduction pillow โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

การพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

การวิจัยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาล รหัสเลขที่ 176/64 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละและผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หมอนแบบเดิมและผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip abduction pillow (n=64)

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้	กลุ่มที่ใช้	p-value
		Hip abduction pillow จำนวน (ร้อยละ)	หมอนแบบเดิม จำนวน (ร้อยละ)	
1	เพศ			
	- ชาย	11 (34.4)	11 (34.4)	1
	- หญิง	21 (65.6)	21 (65.6)	
2	อายุ			
	- 61 - 70 ปี	3 (9.4)	3 (9.4)	1
	- 71 - 80 ปี	12 (37.5)	12 (37.5)	
	- มากกว่า 80 ปี	17 (53.1)	17 (53.1)	
3	การศึกษา			
	- ประถม	26 (81.2)	25 (80.6)	1
	- มัธยมศึกษา	3 (9.4)	3 (9.7)	
	- ปริญญาตรี/เทียบเท่า	3 (9.4)	3 (9.7)	
4	สถานะภาพสมรส			
	- โสด	7 (21.9)	7 (21.9)	0.9564
	- สมรส/คู่	17 (53.1)	16 (50.0)	
	- หม้าย/หย่า	8 (25.0)	9 (28.1)	
5	อาชีพ			
	- รับราชการ	3 (9.4)	2 (6.2)	0.8458
	- เกษตรกรรม	22 (68.8)	24 (75.0)	
	- ค้าขาย	7 (21.9)	6 (18.8)	
6	โรคประจำตัว			
	- มี	14 (43.8)	25 (78.1)	0.1041
	- ไม่มี	18 (56.2)	7 (21.9)	
	ประสบการณ์ได้รับการผ่าตัด			
	- มี	1 (3.1)	2 (6.2)	1
	- ไม่มี	31 (96.9)	30 (93.8)	

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หมอนแบบเดิมและผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip abduction pillow เรื่อง เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ อายุโรคประจำตัว ด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.5$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดขณะพลิกตัวของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หมอนแบบเดิมและผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip Abduction Pillow ในผู้ป่วยคนเดียวกัน เวลาเดียวกัน (n = 64)

คะแนนเฉลี่ยความปวด	Median (q1, q3)		p-value
	กลุ่ม Hip Abduction Pillow (n = 32)	กลุ่มหมอนแบบเดิม (n = 32)	
ก่อนใช้หมอนพลิกตะแคงตัว	8.0 (8.0, 8.0)	8.0 (8.0, 8.0)	0.613
ใช้หมอนพลิกตะแคงตัวครั้งที่ 1	6.0 (5.0, 6.0)	7.0 (6.0, 7.0)	<0.001***
ใช้หมอนพลิกตะแคงตัวครั้งที่ 2	5.0 (4.0, 5.0)	6.0 (6.0, 7.0)	<0.001***
ใช้หมอนพลิกตะแคงตัวครั้งที่ 3	4.0 (3.0, 4.0)	6.0 (5.75, 7.0)	<0.001***

***p<.001

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow จากการประเมินความปวดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมขณะผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยมีความปวดอยู่ในระดับมากที่สุดหลังจากนอนพักบนเตียงมีระดับความปวดลดลงตามลำดับ ตามจำนวนครั้งที่พลิกตะแคงตัวโดยเมื่อถึงเวลาชั่วโมงที่ 8 ผู้ป่วยมีระดับความปวดน้อย สามารถทนได้โดยไม่ต้องได้รับยาแก้ปวดทั้งชนิดรับประทานและยาแก้ปวดชนิดฉีด ผู้ป่วยมีระดับความปวดดีกว่ากลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม

จากการทดสอบความแตกต่างของระดับความปวดขณะพลิกตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของกลุ่มทดลองกลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow และกลุ่มควบคุมกลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test พบว่ากลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow มีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิมทุกครั้ง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< 0.001)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับ ของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หมอนแบบเดิมและผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip abduction pillow ในผู้ป่วยคนเดียวกัน เวลาเดียวกัน (n = 64)

การเกิดแผลกดทับบริเวณ ก้นกบ, ขาที่ได้รับการ ผ่าตัด	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่ม Hip Abduction Pillow (n = 32)	กลุ่มหมอนแบบเดิม (n = 32)	
ไม่เกิดแผลกดทับ	31 (96.9)	26 (81.2)	0.1042
เกิดแผลกดทับ	1 (3.1)	6 (18.8)	

จากตารางที่ 4 ผู้ป่วยที่ใช้หมอนแบบเดิมและผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip abduction pillow ในผู้ป่วยคนเดียวกัน เวลาเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลุ่มที่ใช้ Hip abduction pillow ส่วนใหญ่ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ ขาที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม คิดเป็นร้อยละ 96.9 ซึ่งเกิดแผลกดทับน้อยกว่าผู้ป่วยใช้หมอนแบบเดิม

จากการทดสอบความแตกต่างของเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หมอนแบบเดิมและผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip abduction pillow ด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p= 0.1042)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุการฉีกข้อสะโพกเทียมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของพลิกตัวของกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้หมอนแบบเดิมและผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip abduction pillow ในผู้ป่วยคนเดียวกันเวลาเดียวกัน (n = 64)

การเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่ม Hip abduction pillow (n = 32)	กลุ่มหมอนแบบเดิม (n = 32)	
ไม่เกิดข้อสะโพกเทียมหลุด	32 (100)	31 (96.9)	1
เกิดข้อสะโพกเทียมหลุด	0 (0)	1 (3.1)	

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ส่วนใหญ่ไม่เกิดข้อสะโพกเทียมหลุดคิดเป็นร้อยละ 100 จากการทดสอบความแตกต่างของเปรียบเทียบอัตราการเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด ด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (p = 1.00)

การอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความปวดในขณะพลิกตะแคงตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชายและหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จากการประเมินระดับความปวดผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมขณะผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดถึงเตียงพบว่าผู้ป่วยที่ใช้หมอน Hip abduction pillow ช่วยพลิกตะแคงตัวมีระดับความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้หมอนแบบเดิมทุกครั้ง และมีระดับความปวดลดลงตามลำดับอย่างต่อเนื่อง เมื่อทดสอบความแตกต่างของระดับความปวดขณะพลิกตัวด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) วิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของสมใจ โจ๊ะประโคน, อำพล บุญเพียร และปฐมมา จันทรพล (2564) ที่ได้พัฒนานวัตกรรมหมอนหนุนกะลาบรรเทาอาการปวด กล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่สำหรับผู้มารับบริการ โรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าหลังการใช้นวัตกรรมทำให้มีอาการปวดเมื่อยคอ บ่า ไหล่ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ผลิตหมอน Hip abduction pillow ทำจากฟองน้ำมีลักษณะนุ่มไม่ร้อนและแข็งเกินไป หุ้มด้วยหนังนิ่มที่มีความยืดหยุ่นได้ดี สามารถระบายความร้อนได้ดี สายรัดเป็นหนังและมีตีนตุ๊กแกติดที่ส่วนปลายสายรัด เวลาวางขาเป็นเวลานานไม่ทำให้รู้สึกร้อน มีความยาวของตัวหมอนเท่ากับ ความยาวของขาผู้ป่วย สามารถวางขาไว้บนหมอนรองตั้งแต่ต้นขาจนถึงปลายเท้า เวลาพลิกตะแคงตัวขาผู้ป่วยอยู่บนหมอนตั้งแต่ต้นขาจนถึงปลายเท้าของผู้ป่วย ซึ่งปลายเท้าไม่ตก ข้อเท้าไม่บิด กางขาได้มุมพอดีกับระดับของข้อสะโพกคือมุม 15-20 องศา ทำให้เวลาพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยขาของผู้ป่วยกระชับและข้อสะโพกไม่ขยับหรือขาอยู่ในท่าที่ถูกต้องเหมาะสม และหมอนยังช่วยพยุงขาของผู้ป่วยให้สามารถพลิกตะแคงตัวได้อย่างปลอดภัยไม่มีความเจ็บปวด

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับและอุบัติเหตุการฉีกข้อสะโพกเทียมหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของแม็คโดนัลด์ (Mc Donald, 2021) ที่เปรียบเทียบการใช้หมอนและไม่ใช้หมอนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีอุบัติการณ์ข้อสะโพกเทียมหลุดไม่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยอธิบายว่าอาจจะเกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการศึกษาที่เป็นเวลาสั้นเฉพาะในช่วงที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงยังไม่สามารถสรุปเรื่องอุบัติการณ์ข้อสะโพกเทียมหลุดได้ ส่วนประเด็นการเกิดแผลกดทับที่ทั้ง 2 กลุ่มมีอัตราการเกิดไม่แตกต่างกันนั้นอาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเช่นเดียวกัน จึงส่งผลให้ช่วยลดแรงกดหรือกระจายแรงกดทำให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงผิวหนังส่วนที่ถูกกด เนื้อเยื่อจะได้รับสารอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้น และทำให้

ไม่เกิดแผลกดทับในระหว่างที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการที่ร่างกายจะแสดงอาการของการขาดเลือดในส่วนนั้น ๆ จากการกดทับเป็นเวลานานๆ คือ 2 - 4 ชั่วโมง (Gefen et al., 2022)

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

อาจนำหมอนที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกต้นขาหัก ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเกี่ยวกับ การใส่เหล็กข้อสะโพกที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เพื่อกระตุ้นให้สามารถลุกจากเตียงโดยเร็วที่สุด ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา อย่างไรก็ตามขนาดของหมอน Hip abduction pillow ที่ประดิษฐ์อาจจะไม่เหมาะสม กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทุกราย เพราะขึ้นอยู่กับความยาวของขาผู้ป่วยในแต่ละรายมีความยาวของ ขาไม่เท่ากัน ดังนั้นหากมีการนำไปใช้อาจต้องมีการเพิ่มขนาดของหมอนให้มากขึ้น (ขนาดเล็ก กลาง ใหญ่) และอาจมี การปรับวัสดุที่ใช้ในการผลิตหมอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีผิวหนังบางมาก ๆ หรือผู้ป่วยที่แพ้หนังที่หุ้มหมอนง่าย ควรมีผ้าคลุม ๆ บุฟองน้ำรองอีกชั้นหนึ่ง เพื่อลดแรงกดทับบริเวณสายรัดและตัวหมอน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยประสิทธิผลของหมอน Hip abduction pillow ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ชนิดอื่น ๆ เช่น การใส่เหล็กข้อสะโพก การผ่าตัดกระดูกต้นขา เป็นต้น
2. ศึกษาประสิทธิผลของหมอน Hip abduction pillow เช่น ต้นทุน การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะท้องผูก การเกิดภาวะปอดแฟบ

เอกสารอ้างอิง

- กนกพร จิวประสาท. (2562). การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก: ประเด็นท้าทายทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 21(1), 51-66.
- คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์ และ ปุณทรี ศุภเวช. (2559). การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 57-66.
- พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช. (2563). กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 26(4), 116-128.
- สมใจ โฉะประโคน, อำพล บุญเพียร, และปฐมา จันทพล. (2564). การพัฒนานวัตกรรมหมอนหนุนกะลาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ สำหรับผู้มารับบริการโรงพยาบาลประโคนชัย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 71-81
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (n.d.). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 – 2564. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2565 จาก <http://www.thaincd.com/document/file/violence/.pdf>
- Gefen, A., Brienza, D. M., Cuddigan, J., Haesler, E., & Kottner, J. (2022). Our contemporary understanding of the aetiology of pressure ulcers/pressure injuries. *International wound journal*, 19(3), 692-704.
- Glinskaya, E., Walker, T., & Wanniarachchi, T. (2021). *Caring for Thailand's Aging Population*. Washington, D.C.: World Bank.
- Mc Donald, C. K. (2021). Hip abduction pillow use following total hip arthroplasty does not decrease acute hip dislocation rates. *Acta Orthopaedica Belgica*, 88(Sup.2), 26-30.

Saul, D., Riekenberg, J., Ammon, J. C., Hoffmann, D. B., & Sehmisch, S. (2019). Hip fractures: Therapy, timing, and complication spectrum. *Orthopaedic Surgery*, 11(6), 994-1002.
<https://doi.org/10.1111/os.12524>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการ
เผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก

The Effects of Enhancing Coping with Labor Pain Program on Pain Levels and Pain
Coping Behaviors in Primiparous Women

เยาวรัตน์ ดุสิตกุล, พย.ม.

Yaowarat Dusitkul, M.N.S

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

E-mail: pooyaowarat@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 3) แบบประเมินระดับความเจ็บปวด ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86 และ 4) แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สถิติการทดสอบค่าไคส์แควร์ และการทดสอบค่าที ผลการวิจัย พบว่าผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด มีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในทุกระยะของการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ : โปรแกรม, การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด, พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group posttest-only design aimed to determine the effects of coping with labor pain enhancement program on pain levels and pain coping behaviors among primiparous women in Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. Sixty samples were selected by the purposive sampling method then thirty women were assigned to the control group and thirty women were assigned to the experimental group. The experimental group received a coping with labor pain enhancement program and the control group received routine nursing care. The research instruments included 1) a demographic questionnaire, 2) the coping with labor pain enhancement program, 3) the numerical pain scale with a reliability of .86, and 4) the pain-coping behavior observation form with a reliability of .85. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, Chi-Square test, and independent t-test. The study results showed that the experimental group had significantly lower pain score levels than those in the control group in the latent phase, active phase, and transitional phase ($p < .001$). The experimental group had significantly pain-coping behaviors better than those in the control group in all phases ($p < .01$).

Keywords: Program, Enhancing Coping, Pain Coping Behaviors

Received : 07/06/2565 Revised : 27/09/2565 Accepted : 03/10/2565

บทนำ

ความเจ็บปวดในระยะคลอดเป็นปัญหาที่สำคัญโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกจะมีความกลัวมาก ทั้งกลัวความเจ็บปวดจากการคลอด กลัวการคลอดยาวนาน กลัวคลอดไม่ได้ กลัวตนเองจะได้รับอันตรายจากการคลอด กลัวทารกพิการหรือมีความผิดปกติ หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด ผู้คลอดที่มีความเจ็บปวดมากจะส่งผลให้มีประสบการณ์คลอดที่ไม่ดีต่อการคลอด (นันทพร แสนศิริพันธ์ และ สุกัญญา ปรีสัญญกุล, 2558) พฤติกรรมการแสดงออกต่อความเจ็บปวดโดยการร้องครวญคราง ทูรันทูราย พฤติกรรมดังกล่าวจะก่อให้เกิดความอ่อนเพลียเมื่อยล้า และทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง ร่างกายเกิดความตึงเครียดมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บปวดมากขึ้น เกิดเป็นวงจรของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain -cycle) (Dick-Read, 2004) ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้เกิดความเจ็บปวดมากขึ้น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เอะอะโวยวาย ส่งเสียงดังตื่นตูรทุรนทุราย กระสับกระส่ายและเรียกร้องการดูแลรักษามากกว่าปกติ ตลอดจนไม่ให้ความร่วมมือในขณะคลอด และยังส่งผลให้เกิดการคลอดล่าช้า หรือมีโอกาสต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการ (นันทพร แสนศิริพันธ์, 2556) ซึ่งการเผชิญความเจ็บครรภ์ในระยะคลอดของผู้คลอดแต่ละรายมีความแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ของผู้คลอด

การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดจะมากหรือน้อยเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประสบการณ์คลอดครั้งก่อน สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมและการเตรียมคลอดจากการศึกษาของ Abushaikh (2007) พบว่า ผู้คลอดมีวิธีในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ด้านร่างกาย (Physiological coping) ด้านจิตใจ (Psychological coping) ด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) และด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping) นอกจากนี้ยังมีวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับสรีรวิทยาและการเจ็บครรภ์คลอด เทคนิคการเผชิญและการผ่อนคลายความเจ็บปวด การสาธิตและฝึกทักษะให้ผู้คลอดได้เรียนรู้วิธีการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด เช่น การบริหาร การหายใจ เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจ (จันทนา ไพรยเงิน และคณะ, 2558) ซึ่งผู้คลอดสามารถเลือกการจัดการความปวดของตนได้อย่างปลอดภัย (ชญาภรณ์ เอกธรรมสุทธิ และ เกสร สุวิหะศิริ, 2560) การดูแลในระยะคลอดพยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ และให้คำแนะนำผู้คลอดให้สามารถเผชิญความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีผู้คลอดกลุ่มหนึ่งที่ไม่ผ่านการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากฝากครรภ์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน และต้องการมาคลอดในโรงพยาบาล จากข้อมูลผู้มาคลอดปีงบประมาณ 2560 - 2562 พบผู้คลอดที่ฝากครรภ์คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 35.30, 39.48 และ 46.59 ตามลำดับ ข้อมูลจากสถิติดังกล่าว พบว่า ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์ ร้อยละ 60 จะมีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์ คือ การร้องไห้ ร้องเสียงดังโวยวาย ตื่นตูรทุรนทุราย ขอบายบรรเทาปวด เรียกร้องความต้องการในการขอผ่าตัดคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์แรก ร้อยละ 80 เกิดผลกระทบได้แก่ ไม่พึงพอใจต่อการมารับบริการคลอด เกิดประสบการณ์ในการคลอดไม่ดี จากรายละเอียดข้างต้น หากผู้คลอดเกิดความเครียดในระยะรอคลอดยาวนานอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ ระยะการคลอดยาวนาน (Cunningham, 2019) ดังนั้น การส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เพื่อให้ผู้คลอดทนต่อความเจ็บปวดและมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม จะสามารถทำให้ผู้คลอดลดผลกระทบในระยะคลอดได้

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม จึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดที่ประกอบด้วย การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) การเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านร่างกาย (Physiological coping) และการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้านจิตใจ (Psychological coping method) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดแก่ผู้คลอดที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมาก่อนให้สามารถเผชิญต่อการเจ็บครรภ์คลอดได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีประสบการณ์การคลอดที่ดี

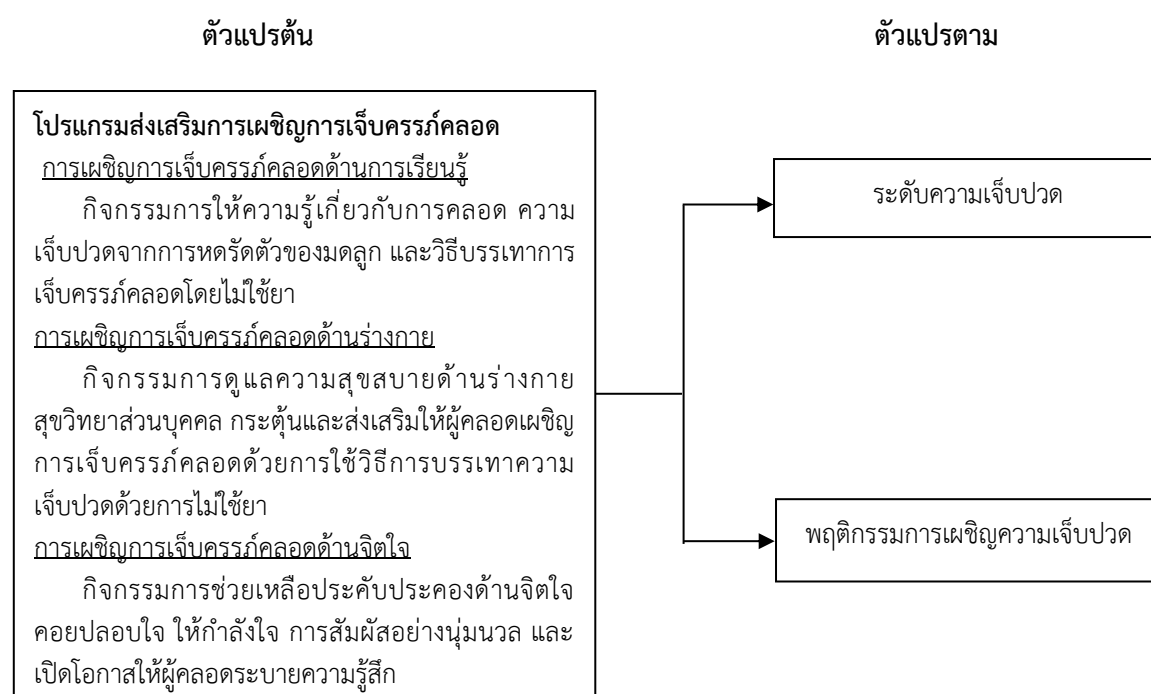
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครั้งแรกกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมากกว่าผู้คลอดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดหลังการทดลองครั้งเดียว (Two-groups only posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดครรภ์แรก โดยออกแบบดังนี้

การสุ่ม	กลุ่ม	ทดสอบก่อน	สิ่งทดลอง	ทดสอบ E
ไม่มี	E	-	X	O ₁
	C	-		O ₂

สัญลักษณ์ ที่ใช้ในการศึกษา

E หมายถึง กลุ่มทดลอง ได้แก่กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์

C หมายถึง กลุ่มทดลอง ได้แก่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₁ หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในกลุ่มทดลอง

O₂ หมายถึง ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในกลุ่มควบคุม

X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในปีงบประมาณ 2563

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้คลอดครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2563 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) 1) ผู้คลอดครรภ์แรกที่ไม่ได้รับการชักนำการคลอด 2) อายุ 20-35 ปี 3) อายุครรภ์ 37- 41 สัปดาห์ และปากมดลูกเปิดไม่เกิน 3 เซนติเมตร 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 5) ไม่เคยได้รับกิจกรรมการเตรียมคลอด และ 6) สามารถสื่อสารภาษาไทยโดยการพูด การอ่าน การเขียนได้ และไม่มีปัญหาในการได้ยิน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด รวบรวมและทบทวนจากตำรา เอกสาร งานวิจัย และแนวปฏิบัติการดูแลในระยะก่อนคลอดคลอดของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นชุดของกิจกรรมโดยผู้วิจัยช่วยเหลือให้ผู้คลอดจัดการกับความปวดที่เกิดขึ้นในระยะคลอด ประกอบด้วยการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 3 ด้านดังนี้ 1) ด้านการเรียนรู้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และวิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา โดยใช้แผนการสอนรายบุคคล และคู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ 2) ด้านร่างกาย โดยดูแลความสบายด้านร่างกาย สุขุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยา ได้แก่ การหายใจ การลูบหน้าท้อง การนวดผ่อนคลาย การเบี่ยงความสนใจ และ 3) ด้านจิตใจ โดยประคับประคองจิตใจ คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อายุครรภ์ที่มาคลอด

2.2 แบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ใช้มาตรวัดความเจ็บปวดชนิดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scales) ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 หมายถึงไม่เจ็บครรภ์เลย และ 10 หมายถึงเจ็บครรภ์มากที่สุด การแปลผลช่วงคะแนน 1-3 คะแนน แสดงว่ามีความเจ็บปวดระดับน้อย 4-7 คะแนนมีความเจ็บปวดระดับปานกลาง และ 8-10 คะแนนมีความเจ็บปวดระดับมาก

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของ ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี (2537) ซึ่งดัดแปลงและ

เรียบเรียงมาจาก Sturrock (1972) ประกอบด้วยการสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดที่แสดงออก 5 ด้าน ได้แก่ การแสดงออกของเสียง การแสดงออกด้านคำพูด การแสดงออกของใบหน้า การควบคุมการหายใจ และการแสดงออกด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ช่วงคะแนนคือ 0,1,2 คะแนน รวม 0-10 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-5.00 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมน้อยกว่า และหากได้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเฉลี่ย 5.01-10.00 คะแนน แสดงว่าผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้เหมาะสมมากกว่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของ โปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ได้ค่า I-CVI เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เลขที่ IRB No 016/63 เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์แรกที่มาคลอดในโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากครั้งแรก 1 ครั้ง ผลการจับฉลากครั้งแรกได้กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างคนต่อไปเข้ากลุ่มควบคุม สลับกันไปจนครบ 60 คน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจัดโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์เป็นชุดของกิจกรรมรายบุคคล ที่ใช้ในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 3 ด้าน คือ 1) การเผชิญการเจ็บครรภ์ด้านการเรียนรู้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และวิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา โดยใช้แผนการสอนรายบุคคล และคู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์ ใช้เวลา 15-20 นาที ในระยะปากมดลูกเปิดช้า 1 - 3 เซนติเมตร 2) การเผชิญการเจ็บครรภ์ด้านร่างกาย โดยดูแลความสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้วิธีการบรรเทาความเจ็บปวดด้วยการไม่ใช้ยาในระยะปากมดลูกเปิด 4-10 เซนติเมตร และ 3) การเผชิญการเจ็บครรภ์ด้านจิตใจ โดยประคับประคองจิตใจ คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล และเปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก ในระยะปากมดลูกเปิด 4-10 เซนติเมตร ผู้วิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด และสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 ซม. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 ซม. และระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้คู่มือส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาด้วยตนเอง และได้รับการเตรียมความพร้อมตามกระบวนการปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบรรเทาความเจ็บปวด คือ การหายใจ การลูบหน้าท้อง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การดูแลความสบายด้าน การดูแลความสบาย ให้การช่วยเหลือตามความต้องการ การปลอบใจ ให้กำลังใจ ตามระยะของการคลอดจากพยาบาลประจำห้องคลอด ผู้วิจัยประเมินระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด และสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ในระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 ซม. ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 ซม. และระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8 - 10 ซม.

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ แล้วทดสอบความแตกต่างของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) จากนั้นจึงวิเคราะห์ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอดด้วยสถิติไคสแควร์ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดโดยใช้ สถิติค่าที (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 43.4 ส่วนใหญ่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ร้อยละ 30 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี ร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 63.3 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ร้อยละ 33.3 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

2. เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 เซนติเมตร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับน้อย จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 86.7) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 60.0) พบว่า ในระยะปากมดลูกเปิดช้ากลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับปานกลางจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 86.7) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับมากจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 53.3) พบว่า ระยะปากมดลูกเปิดเร็วกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และในระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 เซนติเมตร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับปานกลาง จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 56.7) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดระดับมากจำนวน 29 ราย (ร้อยละ 96.7) พบว่า ระยะเปลี่ยนผ่านกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงสรุปได้ว่าในระยะคลอดของการคลอดกลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ระดับความเจ็บปวดตามระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่มทดลอง (n=30)	ควบคุม (n=30)	p-value ^a
	จำนวน (ร้อยละ)		
ระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 ซม.			<0.001
ความเจ็บปวดระดับน้อย (pain score 1-3)	26 (86.7)	12 (40.0)	
ความเจ็บปวดระดับปานกลาง (pain score 4-7)	4 (13.3)	18 (60.0)	
ความเจ็บปวดระดับมาก (pain score 8-10)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 ซม.			0.001
ความเจ็บปวดระดับน้อย (pain score 1-3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ความเจ็บปวดระดับปานกลาง (pain score 4-7)	26 (86.7)	14 (46.7)	
ความเจ็บปวดระดับมาก (pain score 8-10)	4 (13.3)	16 (53.3)	
ระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 ซม.			<0.001
ความเจ็บปวดระดับน้อย (pain score 1-3)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ความเจ็บปวดระดับปานกลาง (pain score 4-7)	17 (56.7)	1 (3.3)	
ความเจ็บปวดระดับมาก (pain score 8-10)	13 (43.3)	29 (96.7)	

^a Chi-square test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด ระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 เซนติเมตร กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($\bar{X} = 9.53$, S.D = 0.68) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 8.30$, S.D = 1.20) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 เซนติเมตร กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($\bar{X} = 6.63$, S.D = 1.29) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 7.77$, S.D = 1.00) พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) ระยะเปลี่ยนผ่านปากมดลูกเปิด 8-10 ซม. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด ($\bar{X} = 5.37$, S.D = 1.49) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 4.30$, S.D = 1.23) พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดตามระยะปากมดลูกเปิด	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value ^a
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระยะปากมดลูกเปิดช้า 1-3 ซม.	9.53	0.68	8.30	1.20	6.96	<0.001
ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 4-7 ซม.	6.63	1.29	5.77	1.00	2.88	0.006
ระยะเปลี่ยนผ่าน 8-10 ซม.	5.37	1.49	4.30	1.23	3.01	0.004

^a Independent t-test

การอภิปรายผล

1. ผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีระดับความเจ็บปวดน้อยกว่าผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูก และวิธีการบรรเทาการเจ็บครรภ์คลอดโดยไม่ใช้ยา ทำให้ผู้คลอดเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการคลอด ได้รับการดูแลความสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาสวนบุคคล กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดใช้เทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด หรือการบรรเทาปวดด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การนวดสัมผัสที่นุ่มนวล ทำให้ผู้คลอดรู้สึกบรรเทาความเจ็บปวดเกิดความสบาย สามารถควบคุมตนเองให้ผ่านพ้นกระบวนการคลอดไปได้ด้วยดี เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการคลอดและมองว่าการคลอดเป็นเหตุการณ์ที่มีคุณค่า (มาวศรี มานุษ และสุนันทา ศรีมาคำ, 2562) การประคับประคองด้านจิตใจ คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ ใช้การสัมผัสอย่างนุ่มนวล ทำให้ผู้คลอดคลายความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ความทนต่อความปวดดีขึ้น (ธัญญรัตน์ กุลณิจิตต์เมธี, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของหญิง แท่นรัตน์, พิริยา ศุภศรี และวรรณทนา ศุภสีมานนท์ (2560) พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์มีคะแนนความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพราะเป็นการเตรียมความพร้อมผู้คลอดในการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping) ด้านร่างกาย (Physiological coping) และด้านจิตใจ (Psychological coping) ทำให้ผู้คลอดสามารถรับความเป็นจริง ลดความกลัว และลดความเครียดในระยะรอคลอดได้ การตัดวงจรของกลุ่มอาการความกลัว-ความตึงเครียด-ความเจ็บปวด (Fear-tension-pain –cycle) จะสามารถทำให้ผู้คลอดความกลัว ลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้คลอดเผชิญความเจ็บปวดมากขึ้น และสามารถควบคุมตนเองได้ แสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่เอะอะโวยวาย ไม่ส่งเสียงดังตื่นตระหนก หรือเรียกร้องการดูแลรักษามากกว่าปกติ

2. ผลการวิจัย พบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความความเจ็บปวดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะปากมดลูกเปิดช้า ระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเปลี่ยนผ่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$, $p = 0.006$, $p = 0.004$ ตามลำดับ)

เป็นผลมาจากกิจกรรมในโปรแกรมเป็นการเตรียมผู้คลอด ซึ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด แผนการดูแล ตลอดจนคำแนะนำในการปฏิบัติตัว สามารถช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัวของผู้คลอดและช่วยให้ผู้คลอดสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก มีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดเหมาะสมกว่ามารดาที่ได้รับการสอนตามปกติ (ปาริฉัตร อารยะจารุ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และวรรณ พาทูวัฒนกร, 2555) นอกจากนี้การดูแลสุขภาพสบายด้านร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นการสนับสนุนให้ผู้คลอดเกิดความสุขสบายทำให้เกิดความผ่อนคลาย การจัดทำที่ผู้คลอดสามารถเคลื่อนไหวได้หรือให้อิสระในการอยู่ในท่าที่รู้สึกสบายรวมทั้งการลูบหน้าท้อง การนวดขา เท้าและมือทำให้ผู้คลอดได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย (เกศินี ไชโยม และคณะ, 2560) การประคับประคองด้านจิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกทางบวกเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ส่งเสริมให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอดได้ดีขึ้น (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และปราณิส กิตติปัญญา, 2557)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำรายละเอียดของโปรแกรมการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรก ไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพและผลภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดของผู้คลอดครรภ์แรกในกลุ่มผู้คลอดอื่นๆ เช่น ผู้คลอดด้วยรุ่น เป็นต้น
2. ควรมีการพัฒนาสื่อการให้ความรู้ หรือการเตรียมผู้คลอดให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์ และได้ฝึกปฏิบัติด้วยตัวผู้คลอดเอง
3. ควรมีการศึกษาวิจัยผลของการส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ระยะเวลาลอด ความพึงพอใจ ประสบการณ์คลอด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- เกศินี ไชโยม, จันทิมา ขนบดี และศรีสมร ภูมณสกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด ต่อการรับรู้ประสบการณ์การคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(2), 400-411.
- จันทนา โปริยเงิน, ศิริวรรณ แสงอินทร์ และ วรณทนา ศุภสีมานนท์. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองในการคลอดต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการคลอดและการควบคุมตนเองระหว่างการคลอดของผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(1), 1-12.
- ฉวี เบาทรวง และสุพิศ รุ่งเรืองศรี. (2537). *ผลของการการสัมผัสต่อการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอด* (รายงานผลการวิจัย). ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชญารณ เอกธรรมสุทธิ, และเกสร สุวิริยะศิริ. (2562). *การพยาบาลในระยะคลอด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันพระบรมราชชนก, โครงการสวัสดิการวิชาการ.
- ธัญญารัตน์ กุลฉัตรเมธี. (2560). ความปวดและการจัดการความปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(2), 158-165.

- ปาริฉัตร อารยะจารุ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ และ วรรณภา พงษ์วัฒนกร. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวล ระดับความเจ็บปวด และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของมารดาวัยรุ่นครั้งแรก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 96-108.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2556). ความกลัวการคลอดบุตร. *วารสารพยาบาลสาร*, 40(ฉบับพิเศษ มกราคม พ.ศ. 2556), 103 -112
- นันทพร แสนศิริพันธ์ และ สุกัญญา ปริสัณญกุล. (2558). *การพยาบาลในระยะคลอด:แนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. เชียงใหม่: ครองช้างพรินต์.
- ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล. (2559). ความก้าวหน้าของการคลอดกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(2), 1-6.
- มาวศรี มานุษ และ สุนันทา ศรีมาคำ. (2562). ความสุขสบายท่ามกลางความปวดในระยะคลอด : แนวคิดสู่การปฏิบัติ. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 1-11.
- หญิง แท่นรัตน์, พิริยา ศุภศรี และวรรณทนา ศุภสีมานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดต่อคะแนนความเจ็บปวด และการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดครั้งแรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครทุ่งทอง*, 33(3), 64-72.
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และ ปราณิสา กิตติปฤษฎา. (2557). ผลของโปรแกรมให้ความรู้และการช่วยเหลือของญาติต่อความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวลของผู้คลอดครั้งแรกในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 23-30.
- Abushaikha, L. A. (2007). Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1), 35-40.
- Dick-Read, G. (2004). *Childbirth without fear* (2nd ed.). London: Pinter & Martin.

การลดปริมาณเลือดทิ้งผ่าน Arterial line ในการส่งตรวจค่า PT PTT และ INR ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ

Reducing Discarded Arterial Line Blood Volume before the PT, PTT, and INR Coagulation Test among Open Heart Surgery Patients

ขวัญล่า เพือกอ่อน¹, ชัยณรงค์ หลิมเจริญ¹, นงลักษณ์ บุญเยีย¹
เจษฎา เมธรุจพานนท์², วชิรศักดิ์ ภูริสวัสดิ์³, พิมพ์ภา ราชขวัญ³
Khwanla Pheukoon¹, Chainarong Limcharoen¹, Nongluck Bunyia¹
Jesada Methrujapanon², Wachirasak Phurisawat³, Pimpha Ratchakwan³

¹หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

²แผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

³ห้องปฏิบัติการทางคลินิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

¹Cardiothoracic surgery intensive care unit, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

²Department of Cardiothoracic Surgery, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

³Clinical laboratory of Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาค่าความแข็งตัวของเลือด PT PTT และ INR เปรียบเทียบระหว่างปริมาณเลือดที่ดูดจากสายสวนหลอดเลือดแดงทั้งก่อนนำเลือดส่งตรวจ จำนวน 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ระหว่างเดือนธันวาคม 2560 ถึง มีนาคม 2561 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย เพศ การวินิจฉัย การผ่าตัด 2) แบบบันทึกค่าการแข็งตัวของเลือด และ 3) เครื่องตรวจค่าแข็งตัวของเลือด วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบค่า PT, PTT และ INR โดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่าค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดทั้ง จำนวน 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตร ไม่แตกต่างกัน ดังนั้นเพื่อลดปริมาณการทิ้งเลือดจาก Arterial line ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พยาบาลสามารถดูดเลือดจากสายสวนหลอดเลือดแดงเพียง 3.5 มิลลิลิตรก่อนส่งตรวจการแข็งตัวของเลือดได้

คำสำคัญ: สายสวนทางหลอดเลือดแดง, ค่าความแข็งตัวของเลือด, การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ABSTRACT

The purpose of the quasi-experimental study was to compare the PT, PTT, and INR coagulation values between 7 ml. and 3.5 ml. of blood drawn from an arterial line discarded prior to the blood test. Samples were 30 patients after open heart surgery in a cardiovascular thoracic invasive care unit from December 2017 to March 2018. Research instruments were 1) the demographics data of open-heart patients including gender, diagnosis, and surgery, 2) the PT, PTT, and INR coagulation record form, and 3) the blood coagulation analyzer. Data were analyzed by using paired t-tests for the PT, PTT, and INR coagulation values between 7 ml. and 3.5 ml. of blood drawn from an arterial line discarded prior to a blood test. The study results showed that the PT, PTT, and INR coagulation values between 7 ml. and 3.5 ml. of blood drawn from an arterial line discarded prior to a blood test were not different. Therefore, to reduce the volume of discarded blood drawn from the arterial line among patients after open heart surgery, nurses can draw only 3.5 ml. of blood from the arterial line prior to a coagulation blood test.

Keywords: Arterial line, Blood coagulation, Open heart surgery

บทนำ

การผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อน ยุ่งยากและต้องเฝ้าติดตามอาการอย่างใกล้ชิด จากสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ปี พ.ศ.2557-2559 จำนวน 398, 389 และ 394 รายตามลำดับ (สถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก, 2559) ขณะการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีการใช้เครื่องพุงปอดและหัวใจเทียม จึงต้องควบคุมการแข็งตัวของเลือดในระบบ ผู้ป่วยจึงได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด คือ ยา Heparin และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของเลือดภายในเลือดและค่าอิเล็กโทรไลต์ ผ่านทางสายสวนทางหลอดเลือดแดง (Arterial line) หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงได้รับการใส่ Arterial line เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน และติดตามการเปลี่ยนแปลงต่างๆโดยการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการดูแลระบบของ Arterial line ผู้ป่วยจะได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหลังผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยทุกรายต้องส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามระยะเวลาในการแข็งตัวของเลือด อย่างไรก็ตาม Heparin อาจส่งผลต่อความถูกต้องของค่า PT PTT INR

ปัจจุบันการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านสาย Arterial line เพื่อหาค่า PT PTT ในแต่ละครั้งมีการปฏิบัติโดยการดูดเลือดทิ้ง 10 มิลลิลิตร (Dead space volume 3 ml , blood ทิ้ง 7 ml) ต่อจากนั้นจึงจะดูดเลือดเพื่อส่งตรวจ จำนวน 2.7 มิลลิลิตร เพื่อป้องกันผลการตรวจที่คลาดเคลื่อน ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้มาจากการศึกษาของสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรีเมื่อปี พ.ศ. 2539 ซึ่งการส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านสาย Arterial line ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจที่มีอาการคงที่จะส่งตรวจเฉลี่ย 3 ครั้งต่อวัน สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ต้องใส่ IABP (Intra-aortic balloon pump) เครื่องพุงหัวใจ หรือเครื่อง ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) เครื่องพุงปอดและหัวใจเทียม จำเป็นต้องตรวจวัดการแข็งตัวของเลือด (Activated Clotting Time) ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อปรับระดับของการให้ยา Heparin ดังนั้นการส่งเลือดตรวจอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากถึง 168 มิลลิลิตร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและความจำเป็นของการส่งตรวจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาของ Templin, Shiley, and Riley, (1993) ศึกษาเปรียบเทียบปริมาณเลือดทิ้ง 2 มิลลิลิตร และ 4 มิลลิลิตรผ่านสาย Arterial line ต่อค่าการแข็งตัวของเลือด PT ในกลุ่มตัวอย่างหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และการตามขดลวด (percutaneous transluminal coronary angioplasty) ที่มี Arterial line จำนวน 30 คน พบว่าค่าเฉลี่ยการแข็งตัวของเลือด PT ไม่แตกต่างกัน ปริมาณเลือดทิ้งน้อยสุดผ่าน arterial line ที่เหมาะสมคือ 2 มิลลิลิตร ส่วนการศึกษาของ Konopad (1992) ศึกษาพบว่าปริมาณเลือดทิ้งผ่าน arterial line เพื่อส่งตรวจค่า PT ที่เหมาะสมคือ 5.3 มิลลิลิตร นอกจากนี้การศึกษาของ Laxson (1994) ทบทวนและรวบรวมผลการวิจัย 14 งานวิจัย เกี่ยวกับการทิ้งเลือดผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดงเพื่อหาค่าความแข็งตัวของเลือด พบว่ามีการทิ้งเลือดจำนวนที่แตกต่างกัน บางงานวิจัยทิ้งเลือดมากถึง 6 เท่าของ Dead Space ซึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดว่า ควรทิ้งเลือดในปริมาณเท่าใดก่อนส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาค่า PT PTT INR

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการลดปริมาณเลือดทิ้งผ่าน Arterial line ในการส่งตรวจค่า PT PTT และ INR ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจเพื่อเปรียบเทียบค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT โดยศึกษาเปรียบเทียบปริมาณเลือดทิ้ง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตร ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการดูดเลือดทิ้งปริมาณน้อยที่สุดก่อนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

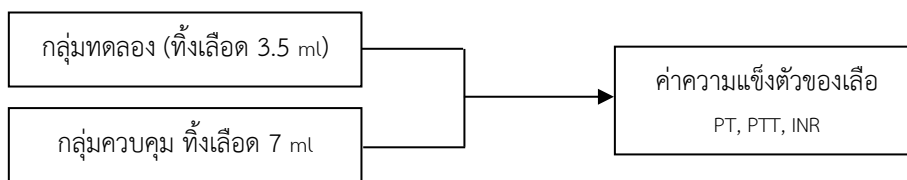
วัตถุประสงค์การวิจัย

เปรียบเทียบค่าความแข็งตัวของเลือด PT PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดทิ้งผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

สมมติฐานการวิจัย

ค่าการแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรไม่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดสองครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ที่ได้รับการใส่สายสวนหลอดเลือดแดง (Arterial line) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่ได้รับการใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดง
2. มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป
3. ไม่เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งกำหนดจาก (Polit, & Hungler, 1995) กำหนดว่าการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยได้แก่ เครื่องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด PT PTT และ INR ของห้องปฏิบัติการทางคลินิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย เพศ การวินิจฉัย การผ่าตัด
- 2) แบบบันทึกค่าการแข็งตัวของเลือด PT PTT และ INR

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1) เครื่องตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด PT PTT และ INR การตรวจสอบความแม่นยำของเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความแม่นยำ เป็นเครื่องตรวจการแข็งตัวของเลือตรุ่น CA-1500 หลักการที่ใช้ตรวจ Clotting Assay ของ PT/APTT คือ Scattered Light Detection Method เครื่องผลิตในประเทศญี่ปุ่น น้ำยาผลิตในประเทศเยอรมัน ซึ่งใช้เครื่องเดียวกันตลอดการทดลอง

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ แบบบันทึกค่าการแข็งตัวของเลือด PT PTT และ INR ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ ศัลยแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้วิจัยประสานงานกับแพทย์เจ้าของคนไข้ และหน่วยปฏิบัติการทางคลินิก โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อร่วมเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ขณะเยี่ยมก่อน ผ่าตัดเพื่อขอความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 1 คนจะทำการเก็บข้อมูลโดยการส่งตัวอย่างเลือดส่งตรวจ
4. การเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยโดยใช้ Syringe 5 ml ปราศจากเชื้อ ดูดเลือดจากสาย A line จำนวน 3.5 มิลลิลิตรทิ้ง จากนั้นใช้ Syringe 5 ml ปราศจากเชื้ออันใหม่ดูดเลือด 2.7 มิลลิลิตรนำเลือดใส่ใน tube เลือดเพื่อส่งตรวจหาค่าการแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR
5. การเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม ทำต่อเนื่องกันจากการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองโดยใช้ Syringe 5 ml ปราศจากเชื้ออันใหม่ดูดเลือด 0.8 มิลลิลิตรทิ้ง เมื่อรวมกับเลือดถูกดูดออกมาแล้ว ในการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง จำนวน 6.2 มิลลิลิตร (จำนวนเลือดทิ้ง 3.5 มิลลิลิตร และส่งเลือดตรวจ 2.7 มิลลิลิตร) รวมเป็นจำนวน 7.0 มิลลิลิตร จากนั้นดูดเลือด 2.7 มิลลิลิตร เพื่อส่งตรวจหาค่าการแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR แล้วนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทันที
6. ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. เปรียบเทียบค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้รับอนุมัติวันที่ 6 ธันวาคม 2560 หมายเลขจริยธรรม IRB No.137/60 รับรอง ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัยและได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการศึกษาและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา และให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษา โดยที่ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และการรวบรวมข้อมูลจะเป็นความลับ โดยจะนำเสนอในภาพรวมไม่ได้เปิดเผยข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายบุคคลใช้เฉพาะการศึกษารั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.99 ส่วนใหญ่เป็นโรคลิ้นหัวใจ จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.66 การผ่าตัดพบว่า ส่วนใหญ่ผ่าตัดเกี่ยวกับลิ้นหัวใจจำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมาเป็นการผ่าตัดเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจจำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.66
2. ค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PT ระหว่างการดูดเลือดทั้ง 3.5 ml กับ 7 ml

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ทดลอง (ทั้งเลือด 3.5 ml)	30	15.10	2.33	.66	0.514*
ควบคุม (ทั้งเลือด 7 ml)	30	15.06	2.39		

*p>.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยความแข็งตัวของเลือด PT ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PTT ระหว่างการดูดเลือดทั้ง 3.5 ml กับ 7 ml

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ทดลอง (ทั้งเลือด 3.5 ml)	30	26.32	3.84	.95	0.351*
ควบคุม (ทั้งเลือด 7 ml)	30	26.07	4.21		

*p>.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยความแข็งตัวของเลือด PTT ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย INR ระหว่างการดูดเลือดทั้ง 3.5 ml กับ 7 ml

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ทดลอง (ทั้งเลือด 3.5 ml)	30	1.29	0.202	.342	0.735*
ควบคุม (ทั้งเลือด 7 ml)	30	1.29	0.208		

*p>.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยความแข็งตัวของเลือด INR ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

การวิจัยนี้ดำเนินการ เปรียบเทียบค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผลการศึกษาพบว่า ค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการดูดเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดงต้องมีการดูดเลือดทั้งส่วนหนึ่งจากการดูแลระบบของ Arterial line ที่มียา heparin ผสมใน NSS ในอัตราส่วน (1:1) ซึ่งเป็นการให้แบบต่อเนื่อง ส่วนผสมของ heparin เป็นการผสมแบบ low dose และ Syringe ที่ใช้ทำการทดลองไม่มีการเคลือบ heparin ดังนั้นเลือดที่ส่งตรวจ PT, PTT และ INR ในหลอดทดลอง (จากการทั้งเลือด 3.5 มิลลิลิตร) และหลอดควบคุม (จากการทั้งเลือด 7 มิลลิลิตร) จึงไม่มีส่วนผสมของยา heparin ทำให้ค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดที่ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตรในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Templin (1993) เปรียบเทียบค่าความแข็งตัวของเลือด ที่ดูดเลือดทั้งผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 2 ml และ 4 ml ไม่แตกต่างกันในกลุ่มตัวอย่างหลังทำ percutaneous transluminal coronary angioplasty ที่มี Arterial line จำนวน 30 คน ปริมาณเลือดที่น้อยสุดผ่าน arterial line ที่เหมาะสมคือ 2 มิลลิลิตร และสอดคล้องกับ Lehari (2016) ที่พบว่า ยา heparin ไม่มีผลต่อค่า PTT, INR นอกจากนี้ Laxson (1994) ทบทวนและรวบรวมผลการวิจัย 14 งานวิจัย เกี่ยวกับการทั้งเลือดผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง เพื่อหาค่าความแข็งตัวของเลือด พบว่าไม่ควรทั้งเลือดมากถึง 6 เท่า ผลลัพธ์เหล่านี้ไม่ควรนำไปใช้ในภาพรวมสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ heparinized อย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยเด็ก หรือสาย heparinized ชนิดอื่นๆ เช่น หลอดเลือดแดงในปอด หลอดเลือดดำส่วนกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยพบว่า ค่าความแข็งตัวของเลือด PT, PTT และ INR ระหว่างปริมาณเลือดทิ้ง ผ่านสายสวนทางหลอดเลือดแดง 7 มิลลิลิตร กับ 3.5 มิลลิลิตร ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่แตกต่างกัน ดังนั้นโรงพยาบาลควรนำไปเป็นแนวปฏิบัติในการลดการทิ้งเลือดที่ดูดยจากสาย A line เพื่อส่งตรวจดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียเลือดน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

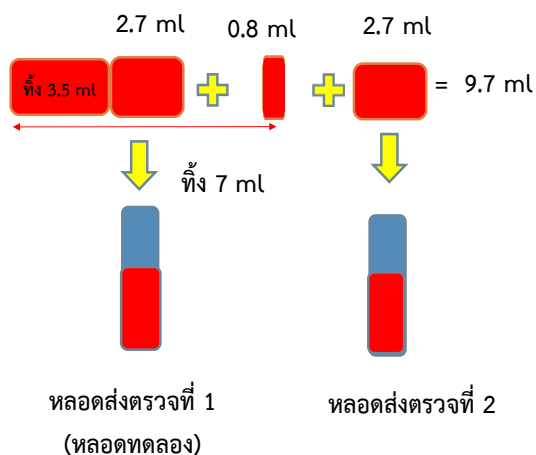
ศึกษาปริมาณเลือดทิ้งน้อยที่สุดผ่าน Arterial line ในการส่งตรวจค่า PT PTT และ INR ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ

การอ้างอิง

- ฉัตรสุดา เอื้อมานะพงษ์, กฤษณา พุกอิม, และเพ็ญพิศ ยะชัยมา. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง*. http://www.policehospital.org/ckfinder/userfiles/images_pghfiles
- สถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก. (2559). *สถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด*. Lehavi, A., (2016). Effect of heparin flush in blood drawn from arterial line on activated clotting time and thromboelastogram. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 7(3). <https://doi.org/10.4172/2155-6148.1000610>
- Konopad, E., Grace, M., Johnston, R., Noseworthy, T., Shustack, A. (1992). Comparison of PT and PTT values drawn by vein puncture and arterial line using three discard volumes. *American Journal of Critical Care*, 1(3). 94-101.
- Laxson, C. J., Titler, M. G. (1994). Drawing coagulation studies from arterial lines: An integrative literature review. *American Journal of Critical Care*, 3(1). 16-22
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing research, principles and methods.*, Philadelphia PA, JB: Lippincott.
- Templin, K., Shively, M., Riley, J. (1933). Accuracy of drawing coagulation samples from heparinized arterial lines. *American Journal of Critical Care*, 2(1). 88-95

ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

วิธีการทดลอง



ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PT ระหว่างการดูดเลือดทั้ง 3.5 ml กับ 7 ml

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ทดลอง (ทิ้งเลือด 3.5 ml)	30	15.10	2.33	.66	0.514
ควบคุม (ทิ้งเลือด 7 ml)	30	15.06	2.39		

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย PTT ระหว่างการดูดเลือดทั้ง 3.5 ml กับ 7 ml

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ทดลอง (ทิ้งเลือด 3.5 ml)	30	26.32	3.84	.95	0.351
ควบคุม (ทิ้งเลือด 7 ml)	30	26.07	4.21		

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย INR ระหว่างการดูดเลือดทั้ง 3.5 ml กับ 7 ml

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ทดลอง (ทิ้งเลือด 3.5 ml)	30	1.29	0.202	.342	0.735
ควบคุม (ทิ้งเลือด 7 ml)	30	1.29	0.208		

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก: กรณีศึกษา Nursing care for Patients with Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: A Case Study

รุ่งทิพา วงศ์วิริยชาติ

Rungtiwa wongwiriya

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok

E mail: pauvnamvwj@gmail.com

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พยาบาลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัดและการพยาบาลหลังได้รับการผ่าตัด บทความนี้มีวัตถุประสงค์นำเสนอเกี่ยวกับชนิด สาเหตุโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง พยาธิสรีรวิทยาการอาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก และแผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา เพื่อให้ผู้ที่สนใจนำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องส่งผลให้ประสิทธิภาพการพยาบาลดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด, หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก, กรณีศึกษา

Abstract

A patient with abdominal aortic aneurysm after surgery needs to receive closed nursing care in the intensive care unit due to the risks of getting complications after the surgery. Nurses should know about important complications and nursing care after the surgery to prevent the risks. This article aims to provide knowledge about the types, causes, pathology, symptoms, and diagnoses of ruptured abdominal aortic aneurysm. Treatment, complications, and nursing care for patients after surgeries were also discussed in the article. Moreover, nursing care of a case study of patient with a ruptured abdominal aortic aneurysm after surgery was presented to people who are interested in this issue for good care to achieve higher nursing efficiency.

Keywords: Nursing care for patients with postoperative, Ruptured abdominal aortic aneurysm, Case study

บทนำ

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง (Abdominal Aortic Aneurysm) หมายถึง การโป่งพองของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Aorta) โดยมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า หรือเท่ากับ 3 เซนติเมตร โดยอาจกว้างออกในแนวด้านหน้า (Anteroposterior) หรือด้านตัดขวาง (Transverse) ก็ได้ โดยที่พบบ่อยที่สุดคือตำแหน่งที่ต่ำกว่าหลอดเลือดแดง Renal หรือเรียกว่า Infrarenal type (พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์, 2561) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง (Abdominal aortic aneurysm) ที่ไม่ได้รับการรักษามีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ และปริแตกในที่สุด โดยเมื่อแตกแล้วหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีผู้ป่วยมักเสียชีวิตทั้งสิ้น แม้จะได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน ก็ยังคงมีอัตราการเสียชีวิตถึงประมาณร้อยละ 50 (บุรพา กาญจนบัตร, 2561)

การผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างรีบด่วน เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีปัญหาการเสียชีวิตจำนวนมากก่อนและขณะผ่าตัด ดังนั้นการพยาบาลหลังผ่าตัดจึงต้องดูแลโดยพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก เนื่องจากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด บทความนี้นำเสนอสาระเกี่ยวกับชนิด สาเหตุโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง พยาธิสภาพวิทยาการ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษาหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก โดยระยะฟื้นตัวระยะแรกและระยะฟื้นตัวระยะปานกลาง และกรณีศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกต่อไป

ชนิดของหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง แบ่งประเภทของการโป่งพองของหลอดเลือด ตามชั้นของผนังหลอดเลือดแดงที่โป่งพองได้ แบ่งออกได้ 2 ประเภท คือ ดังนี้ 1) การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงทั้ง 3 ชั้น 2) การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงบางชั้นเท่านั้น การโป่งพองของผนังหลอดเลือดชนิดนี้จะมีการโป่งยื่นของผนังหลอดเลือดเพียงบางชั้น ส่วนใหญ่มักพบผนังชั้นนอก (สมพร ชินโนรส, 2559) หรือแบ่งตามตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพได้ 3 ชนิด ดังนี้ 1) หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองที่ต่ำกว่าเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงไต (Infrarenal abdominal aortic aneurysm) หมายถึง หลอดเลือดโป่งพองตำแหน่งต่ำกว่าเส้นเลือดแดงของไต ซึ่งการโป่งพองหลอดเลือดชนิดนี้พบเป็นส่วนใหญ่ ประมาณ 95% ของ โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง 2) หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองในตำแหน่งชิดติดกับหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงไต 3) หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองที่อยู่เหนือเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงไต (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559) การโป่งพองของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุการเกิดหลายประการ ดังกล่าวต่อไป

สาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงช่องท้องใหญ่โป่งพอง แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้ (Schreiber, 2018)

ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้

1. เพศ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชาย พบมากในผู้ที่อายุมากกว่า 55 ปี และเพศหญิงอายุตั้งแต่อายุ 65 ปี ขึ้นไป
2. พบในผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพองมากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี้
3. พบในคนผิวขาว โดยเฉพาะในยุโรปเหนือมากกว่ากลุ่มอื่น

ปัจจัยที่แก้ไขได้ ปัจจัยที่ส่งผลให้มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงช่องท้องใหญ่โป่งพอง

1. การสูบบุหรี่ พบผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคนี้มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่
2. ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis)
3. โรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้แรงดันเพิ่มขึ้นและหลอดเลือดที่มีการโป่งพองขยายใหญ่ขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการปริแตก
4. ภาวะไขมันในเลือดสูง
5. โรคเบาหวาน

พยาธิสภาพวิทยาการเกิดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง เกิดจากการที่ผนังหลอดเลือดแดงเออร์ต้าอ่อนแอลงจากการเพิ่มของ เมทัลโลโปรตีนเอส (Metalloproteinase) ซึ่งย่อยสลายโปรตีนในผนังหลอดเลือดร่วมกับการอักเสบและภาวะหลอดเลือดแข็ง (Secondary arteriosclerosis) (พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์, 2561) โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เกิดจากการที่แรงดึงของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นตามการขยายขนาดของหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง จนเกิดการปริแตก เลือดไหลผ่านผ่านชั้น Adventitia ของผนัง หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง การแตกของหลอดเลือดแดงช่องท้องที่โป่งพองนี้มักเกิดที่ด้านหลังและเกิดการเจาะไปทาง Retroperitoneal space ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิด หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตก คือ ขนาดของหลอดเลือดที่โป่งพอง โดยพบว่าเมื่อเส้นผ่าศูนย์กลางมีขนาดมากกว่า 5.5 เซนติเมตร โอกาสที่จะเกิดการแตกจะเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณเมื่อเทียบกับขนาดที่เล็กกว่า หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองที่มีขนาดมากกว่า 8 เซนติเมตร มีโอกาสแตกได้ มากถึงร้อยละ 30-50 ต่อปี (บุรพา กาญจนบัตร, 2561) การปริแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้อง ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน อย่างไรก็ตามการปริแตกของหลอดเลือดดังกล่าว ประเมินได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากเกิดขึ้นภายในช่องท้อง บางรายมีอาการไม่ชัดเจน ดังนั้นการประเมินอาการได้อย่างรวดเร็วและนำผู้ป่วยเข้าสู่วินิจฉัยเพื่อยืนยันโรค ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาได้ทันท่วงทีจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตกที่พบได้หลัก ๆ ซึ่งประกอบด้วย (กำพล เลหาเพ็ญแสง, 2560)

1. อาการปวดท้องและหลัง เกิดจากเลือดคั่งใน Retroperitoneal space บางรายอาจมาด้วยอาการปวดร้าวลงสะโพกเนื่องจากมีเลือดคั่งใน Psoas muscle
2. คลำได้ก้อนที่ช่องท้องเด่นตามซีฟจร หรือผู้ป่วยมีประวัติหลอดเลือดแดงช่องท้องโป่งพอง ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคมากขึ้น เพราะผู้ป่วยที่มีประวัติของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง อยู่แล้ว หรือตรวจพบก้อนที่ช่องท้องเด่นตามซีฟจร ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค ซึ่งหากขนาดใหญ่มาก ๆ ก็จะมีความเสี่ยงในการปริแตกสูงอยู่แล้ว
3. มีอาการความดันโลหิตต่ำเช่น ชีต ตัวเย็น ใจสั่น หน้ามืด หมดสติ ได้ เนื่องจากมีการเสียเลือดออกไปในช่องท้อง หรือ Retroperitoneal แม้ว่าการแตกของผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารักษาที่โรงพยาบาลมักจะเป็น Contained rupture ที่ไม่ได้เสียเลือดรุนแรงทันที แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็ยังมีอาการความดันโลหิตต่ำได้เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากสูงอายุ

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก มีอาการคล้ายกับหลายอาการจากหลายโรค ดังนั้นการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจพิเศษจึงมีความสำคัญ ที่จะช่วยการวินิจฉัยได้ถูกต้องและแม่นยำมากขึ้น

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก สามารถตรวจได้ 2 วิธีการ คือ

1. การตรวจช่องท้องด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรือ อัลตราซาวด์ (Ultrasonography) การตรวจวิธีนี้สามารถตรวจพบการโป่งพองได้อย่างแม่นยำ สามารถบอกรายละเอียดของตำแหน่ง รูปร่างลักษณะและขนาดของหลอดเลือดส่วนที่มีการโป่งพองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559)

2. การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography) ถือเป็นการวินิจฉัยทางรังสีที่มีความแม่นยำสูงที่สุดในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก พร้อมทั้งมีความรวดเร็วและสามารถให้ข้อมูลที่มีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยทางในด้านการวินิจฉัยแยกโรค การวางแผนการผ่าตัด (กิตติคุณ ออสกุล, 2558)

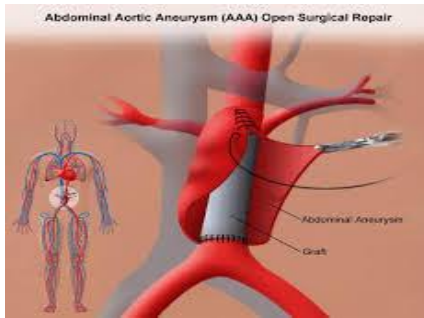
สิ่งที่ต้องพึงระลึกไว้เสมอ คือ หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เป็นภาวะฉุกเฉิน ความล่าช้าของขั้นตอนต่าง ๆ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการแตกเลือดที่มีอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะนำไป เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องจะมีข้อมูลด้านกายวิภาคที่จำเป็น เพื่อประกอบการเลือกขนาดของหลอดเลือดเทียมในการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตก

การรักษาโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกถือเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงมากหากไม่ได้รับการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยที่การรักษาด้วยการผ่าตัดซ่อมแซมเส้นเลือดต้องทำอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากที่สุด ระยะเวลาในซ่อมแซมหลอดเลือดควรน้อยกว่า 90 นาที โดยใช้หลักการ 30-30-30 นาที โดย 30 นาทีแรกใช้ในประเมินและวินิจฉัย 30 นาทีต่อมาใช้ในการส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการผ่าตัด และ 30 นาทีสุดท้ายระยะเวลาในการรักษา (Kohimam-Trigoboff, et al, 2020) โดยการรักษาด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองมี 2 รูปแบบ ดังนี้

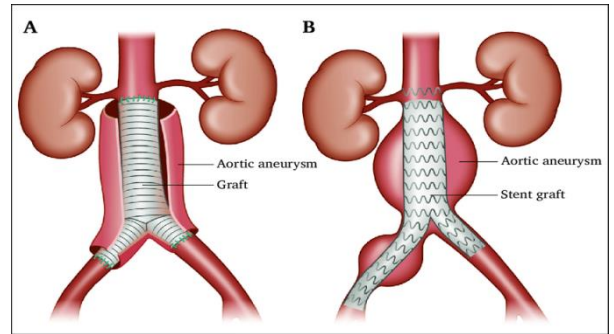
1. การผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางช่องท้อง (Open repair with graft replacement) เป็นการผ่าตัดมาตรฐาน โดยการผ่าตัดช่องท้อง แล้วนำหลอดเลือดเทียมไปเย็บเชื่อมต่อกับหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องแทนส่วนที่หลอดเลือดโป่งพอง โดยการผ่าตัดเมื่อผ่าตัดหน้าท้องและเห็นหลอดเลือดแดงใหญ่ชัดเจนแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยา Heparin จึงทำการหนีบหลอดเลือดแดงแดงใหญ่เหนือตำแหน่งที่มีการโป่งพอง และหนีบหลอดเลือด Iliac arteries ทั้งสองด้าน จากนั้นเย็บหลอดเลือดเทียมทั้งด้านบนและล่าง และเย็บผนังหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองเข้าหากันปิดหลอดเลือดเทียม เพื่อป้องกันการเกิดพังผืดจากลำไส้เล็กมาติด และป้องกันการเกิด Aortoenteric fistula (กิตติคุณ ออสกุล, 2558) การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้องผลการรักษาในระยะยาวดี แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน หลังผ่าตัดผู้ป่วยฟื้นตัวได้ช้า (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559)

2. การผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียม (Endovascular aneurysm repair) เป็นการผ่าตัดสอดใส่หลอดเลือดเทียมชนิดหุ้มด้วยขดลวด (Stent graft) ผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้าง เพื่อสอดหลอดเลือดเทียมเข้าไปใส่แทนที่หลอดเลือดแดงใหญ่ที่โป่งพองช่องท้อง เป็นทางเลือกใหม่ ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้ คือ ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้นเนื่องจากมีแผลขนาดเล็ก ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Schreiber, 2018) มีข้อเสียคือต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559)



รูปภาพแสดงที่ 1 : การผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง Open repair AAA

ที่มา: <https://home.kku.ac.th/srinagarindgroup/05>



รูปภาพแสดงที่ 2 : การผ่าตัดแบบ Endovascular aneurysm repair

ที่มา: https://www.researchgate.net/figure/A-Open-surgery-for-an-abdominal-aortic-aneurysm-open-AAA-repair-The-affected_fig2_329422282

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

สำหรับการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง เพื่อซ่อมแซมหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง มีภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังผ่าตัด ได้แก่ (พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์, 2561)

1. การตกเลือดหลังผ่าตัด อาจเกิดจากการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดปริมาณมากจนขาดเกล็ดเลือดและปัจจัยในการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ยังต้องนึกถึงการหยุดเลือดระหว่างผ่าตัดที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้ยังมีจุดตกเลือดอยู่ภายในช่องท้อง ซึ่งอาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำด้วยที่พบได้บ่อยคือ การตกเลือดจากruptureของหลอดเลือดแดงที่เย็บไว้ไม่สนิท

2. ภาวะไตวายเฉียบพลันพบได้ทั้งในภาวะที่มีการแตกของหลอดเลือดแดงโป่งพองและภาวะที่มีการแตกของหลอดเลือดแดงที่โป่งพอง เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงไต ทั้งจากภาวะช็อกก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด เกิดจากการหนีบหลอดเลือดเออร์ต้า เหนือหลอดเลือด Renal artery ทำให้ขาดเลือดชั่วคราวเกิดจาก Calcium plaque ที่ผนังหลอดเลือดหลุดเข้าไปอุด รวมทั้งจากการซ่อมหลอดเลือดเองอาจทำให้เกิดการอุดตัน โดยที่พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตกจะเกิดได้สูงถึง 40%

3. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในขณะที่ผู้ป่วยช็อก การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอจะทำให้เลือดไปยัง Coronary artery ได้น้อยและเกิดลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากที่สุด การป้องกันคือพยายามรักษาระดับความดันที่เพียงพอต่อ Coronary perfusion

4. ภาวะหายใจวายเฉียบพลัน การรักษาโดยการผ่าตัดแบบเปิดช่องท้อง ในผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ผู้ป่วยจะมีแผลหน้าท้องขนาดใหญ่ ทำให้รบกวนการหายใจหลังผ่าตัดของผู้ป่วย นอกจากนั้นสำหรับภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องปริแตก จำเป็นต้องมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการผ่าตัด Repair abdominal aortic aneurysm ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด Acute respiratory distress syndrome (ARDS) ตามหลังการผ่าตัด ซึ่งพบได้ 40%

5. ภาวะลำไส้ขาดเลือด ภาวะลำไส้ส่วนลำไส้ใหญ่ขาดเลือดหลังผ่าตัด โดยอาการขาดเลือดจะเริ่มจากชั้น mucosa ก่อนหากขาดเลือดรุนแรงมากขึ้นจะเริ่มมีการขาดเลือดของ Submucosa muscularis propria และ Serosa ทำให้อาการแสดงแตกต่างกัน ตั้งแต่ไม่มีอาการ มีอาการถ่ายเป็นเลือด จนถึงลำไส้เน่าจำเป็นต้องตัดลำไส้ออกสาเหตุเกิดจากภาวะช็อก หรือขณะที่หนีบหลอดเลือดแดง ทำให้เลือดไปเลี้ยงยังลำไส้ลดลง และเกิดการขาดเลือดในที่สุด ภาวะที่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 40-60

6. ภาวะที่มีความดันในช่องท้องสูง คือ ภาวะที่ในช่องท้องมีแรงดันสูงมากจนทำให้เกิดการกดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะภายใน ส่งผลให้อวัยวะภายในเกิดการบวม ผู้ป่วยมีอาการอัดแน่นท้องและลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง (Bowel ileus) และหากความดันในช่องท้องสูงมาก จะกดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้เลือดไปไตได้น้อยลง จนเกิดภาวะปัสสาวะออกน้อย และหากความดันในช่องท้องยังคงสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ อาจส่งผลให้เลือดดำกลับสู่หัวใจน้อยลง และผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจนเสียชีวิตได้ ดังนั้นควรเฝ้าติดตามด้วยการวัดความดันในช่องท้องผ่านทาง Bladder ทุกราย หากระดับของ Bladder pressure มากกว่า 25 mmHg แนะนำให้ทำการผ่าตัดเพื่อลดแรงดันในช่องท้อง เมื่อลำไส้ยุบลงจึงทำการ ปิดช่องท้องซึ่งใช้เวลาประมาณ 2-3 วันหลังผ่าตัด เฉลี่ยพบประมาณ 15% ของผู้ป่วยหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

7. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ หลังผ่าตัดพบได้ประมาณร้อยละ 18 โดยมากจะเกิดที่น่องมีแค่เพียงร้อยละ 4 ที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขาในระดับเข้าขึ้นไป

8. การขาดเลือดไปเลี้ยงขาเฉียบพลัน อาจเกิดจากการอุดตันของก้อนเลือดที่เกิดหลังการทำ Aortic cross clamp และอาจเกิดจากการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดไม่เพียงพอก่อน Cross clamp

การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางช่องท้อง

หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดซ่อมหลอดเลือดแดงโป่งพอง โดยการผ่าตัดใส่หลอดเลือดเทียมผ่านทางช่องท้อง มีแนวทางการพยาบาล (Schreiber, 2018) ดังนี้

1. ติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. ประเมินการทำงานของหัวใจ
3. ประเมินการไหลเวียนเลือดขาสองข้าง โดยการประเมินชีพจรของเท้าผู้ป่วยทั้ง 2 ข้าง โดยใช้เครื่อง Doppler
4. การจัดท่านอน ควรจัดท่านอนราบ 6 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ ควรจัดนอนศีรษะสูง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 องศา เพื่อการดื่งแผลผ่าตัด
5. ลดความปวด โดยการให้ยาลดปวดที่เพียงพอแก่ผู้ป่วย
6. บันทึกสภาวะน้ำเข้าและออกร่างกาย โดยทำอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยเริ่มลุกจากเตียงได้
7. ประเมินภาวะอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis)
8. ดูแลให้เลือดผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 g/dl
9. ดูแลและบายจากกระเพาะอาหาร โดยการดูแลการใส่สายยางเข้าสู่กระเพาะอาหารผ่านทางรูจมูก (Nasogastric tube) ลดการตึงจากกระเพาะอาหารผู้ป่วย

10. ดูแลให้ได้รับสารอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

11. การให้ความรู้ผู้ป่วยการดูแลตนเองหลังผ่าตัด การสังเกตอาการต่างๆที่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก มีความยากลำบากและซับซ้อนกว่าหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองทั่วไป การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (เกศศิริ วงษ์คงคำ, 2559) โดยให้การพยาบาลตามระยะการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ดังนี้

1. การพยาบาลในระยะฟื้นตัวระยะแรก (Early recovery phase) เป็นช่วงการฟื้นตัวจากการดมยาสลบ การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้ถือเป็นภาวะวิกฤต พยาบาลต้องเฝ้าระวังและประเมินค้นหาภาวะผิดปกติอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้

1.1 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 30 นาทีใน 12 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด

1.2 ประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย โดยการวัดความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง เพื่อประเมินปริมาณเลือดที่เข้าสู่หัวใจ โดยใช้ค่า CVP ร่วมกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นแนวทางใน

การรักษา ค่า CVP ปกติ เท่ากับ 6-12 เซนติเมตรน้ำ ถ้า CVP ต่ำแสดงว่าร่างกายขาดน้ำ ปริมาณน้ำและเลือดในร่างกายลดลง ถ้า CVP สูง แสดงว่าปริมาณน้ำและเลือดในร่างกายมากกว่าปกติ

1.3 ประเมินปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญ คือ สมอง ประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การรับรู้ เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ การเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิกิริยาตอบสนอง ประเมินการทำหน้าที่ของไต บันทึกจำนวนปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ควรรายงานแพทย์ และติดตามผล BUN, Creatinine ประเมินการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย โดยการคลำชีพจรส่วนปลาย อุณหภูมิของผิวหนัง สีของปลายมือปลายเท้า Capillary refill time

1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจเพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เช่น Dobutamine, Dopamine และยาในกลุ่ม Norepinephrine ติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยาอย่างใกล้ชิด

1.5 ประเมินการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกาย ผู้ป่วยที่ใช้ เครื่องช่วยหายใจควรดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ จัดท่าอนศირษะสูง ติดตามผล Arterial blood gas ถ้าระบบไหลเวียนคงที่ควรได้รับการพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ ประเมินระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O_2 Saturation) และติดตามระดับฮีโมโกลบินในเลือด ซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆ ในร่างกาย

1.6 ประเมินภาวะตกเลือด บันทึกลักษณะ ปริมาณเลือดที่ออกจากสายระบาย และบริเวณแผลผ่าตัดทุก 30 นาที ในระยะแรกหลังผ่าตัด ถ้าปริมาตรของเหลวที่ออกเป็นเลือดสดจำนวน 400 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมงแรก ควรรายงานแพทย์ทันที หรือปริมาตรของเหลวที่ออกเป็นเลือดสด 200 มิลลิลิตรติดต่อกัน 2 ชั่วโมง หรือ 100 มิลลิลิตรติดต่อกัน 4 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีปริมาณเลือดต่ำจากการสูญเสียเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปลายมือปลายเท้าเย็น ควรรายงานแพทย์ทันที และติดตามผลการตรวจเลือด Hemoglobin, Hematocrit และ Coagulation เพื่อพิจารณาให้เลือด หรือส่วนประกอบของเลือดทดแทนในรายที่มีความผิดปกติหรือให้สารน้ำโดยควบคุมให้ Mean arterial blood pressure (MAP) มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท

1.7 ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ผ้าห่มหนาๆ หรือใช้ผ้าห่มไฟฟ้า เนื่องจากภาวะอุณหภูมิต่ำทำให้หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูง ส่งผลให้เกิดเลือดออกบริเวณแผลได้ นอกจากนี้ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำยังส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้การทำหน้าที่ของ Neutrophil และ Macrophage ลดลง เพิ่มฤทธิ์ของยาเสพติดและยาคลายกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากยาเสพติดช้า

1.8 ดูแลจัดการบรรเทาอาการปวดหลังการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมความสบาย ระบบไหลเวียนโลหิตคงที่ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางปอด ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวโดยเร็ว โดยการดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยที่ยังไม่ฟื้นจากฤทธิ์ยาเสพติด ควรประเมินความปวดจากสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย หลังให้ยาควรประเมินผลข้างเคียงของยา ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดี ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับความเจ็บปวดตามเหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง แล้วพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ถ้าปวดมากกว่าระดับ 3 คะแนน แนะนำให้ผู้ป่วยขอยาตั้งแต่เริ่มปวดเพื่อระงับปวดอย่างทันที่ จัดท่าอนศิริษะให้ผู้ป่วยนอนในท่า Semi-fowler's position เพื่อลดการดึงของแผล

2. การพยาบาลในระยะฟื้นตัวปานกลาง (Intermediate recovery phase) เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการทำหน้าที่ของสัญญาณชีพเป็นปกติกระทั่งพร้อมที่จะกลับบ้าน การพยาบาลในระยะนี้ อาจเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปัญหาที่พบในระยะแรก และพบเพิ่มเติมคือ

2.1 ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ โดยบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ และประเมินแผลผ่าตัด อาการบวมแดง ร้อน อักเสบ ปวดแผลมาก หากมีสิ่งคัดหลั่งซึมควรทำแผลด้วยหลัก Aseptic technique ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อส่งเสริมการหายของแผลผ่าตัด และดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.2 ให้การพยาบาลในมิติด้านจิตใจ จิตสังคม ผู้ป่วยบางรายอาจมีความรู้สึกกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลโดย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก และรับฟังด้วยความเข้าใจ เห็นใจ อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงระยะต่างๆของการฟื้นตัวทางด้านร่างกาย โดยอาจแนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดแล้วมีกระบวนการฟื้นตัวที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สนับสนุนให้กำลังใจ โดยแนะนำญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้คำแนะนำการปฏิบัติที่เหมาะสมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีขึ้น

กรณีศึกษา

การประเมินภาวะสุขภาพ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ผู้ป่วยหญิงไทย เพศ หญิง อายุ 76 ปี สถานภาพสมรส สมรส เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ การศึกษา ป.4 อาชีพ แม่บ้าน รายได้ ไม่มีรายได้เป็นของตนเองแต่ได้รับการดูแลจากบุตร

การวินิจฉัย Ruptured Infrarenal Abdominal Aortic aneurysm

อาการสำคัญนำส่ง Refer จากโรงพยาบาลชุมชนด้วย ปวดท้องร้าวไปหลัง ตรวจพบ Abdominal Aortic Aneurysm ความดันโลหิตต่ำ 18 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present Illness: P.I.) 18 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลังร้าวไปหลัง ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับแก้ปวดฉีดยา แต่ไม่ทุเลา ทำ ultrasound พบ Abdominal Aortic Aneurysm ขนาด 5 เซนติเมตร มีความดันโลหิตต่ำ ให้ NSS 3000 ml IV load ได้ PRC 2 unit IV drip ส่งตรวจ CTWA พบ Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm จึง refer มาโรงพยาบาล

โรคประจำตัว: โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

ประวัติผ่าตัด ปฏิเสธ ประวัติแพ้ยา แพ้ Penicillin

การผ่าตัด

ครั้งที่ 1 Explore laparotomy with open repair Abdominal Aortic Aneurysmectomy with temporary abdominal closure

ครั้งที่ 2 Re-Explore Laparotomy with Lt Hemicolectomy with stop bleed with temporary closure

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: หญิงไทยวัย 76 ปี ผู้ป่วยรู้สึกตัว GCS E4VtM6 on ET-Tube No. 8 Land Mark. 20 เซนติเมตร มุมปาก with Ventilator Carina PC-AC RR 16 PC 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 มีแผลหน้าท้องปิด Vacuum dressing on Foley's cath urine สีเหลืองใส

สัญญาณชีพ: สัญญาณชีพแรกเริ่ม BP 84/46 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที BT 35 องศาเซลเซียส

สภาพทั่วไปเมื่อรับผู้ป่วย รับย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด ไม่ได้ Reverse ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว E1M1VT แขนขา 2 ข้างยังไม่มีแรง ปลายมือปลายเท้าซีด เย็น on ET-Tube No. 8 Land Mark. 20 เซนติเมตร มุมปาก with Ventilator Carina PC-AC RR 16 PC 16 PEEP 5 FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่หอบเหนื่อย O₂ sat ปลายนิ้ว 98-99% On NG-tube ต่อลงขด On Triple lumen at Rt jugular vein Monitor CVP 6 mmHg On

Acetar 1,000 ml v drip 100 ml/hr ให้ Fentanyl 2,000 mcg in NSS 100 ml IV drip 10 ml/hr On Levophed 8 mg in 5% D/W 100 ml IV drip 40 ml/hr On Adrenaline 10 mg in NSS 100 ml IV drip 10 ml/hr มีแผลผ่าตัดหน้าท้องยาว 25 เซนติเมตร เป็นแผลเปิดช่องท้องปิด Vacuum dressing ลักษณะ content จากแผลทางหน้าท้องเป็นเลือดสด 200-400 ml/hr On Foley's cath ปัสสาวะสีเหลืองออกน้อย 10 ml/hr สัญญาณชีพแรก รับ BP 84/46 mmHg PR 120 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที BT 35 องศาเซลเซียส

แผนการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบและแผนการพยาบาลขณะรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะ Hypovolemic shock จากมีภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เนื่องจากปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง

S :-

- O : ความดันโลหิต 84/46 mmHg MAP 59 mmHg
- : Blood Loss ในห้องผ่าตัด 8,000 ml
- : Content จากแผล Vacuum เป็นเลือดสด ออก 200-400 ml/hr
- : CVP 6 mmHg, Urine ออกน้อย 10 ml/hr
- : อัตราการเต้นของหัวใจ 120-125 ครั้ง/นาที
- : ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill 3 วินาที
- : Conscious ปลุกตื่นลืมตา E₂M₅V_T
- : ตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hb 4.6 g/dl Hct 13% Plt 56,000 cells/cu.mm

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic shock

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ค่าความดัน โลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 mmHg , MAP 65 mmHg , CVP 8 -12 mmHg
2. Hct มากกว่า 30 %
3. ค่า PT 12.6 sec PTT 29 sec จากค่า control, INR น้อยกว่า 2.5 sec
4. Urine out put มากกว่าเท่ากับ 0.5-1 ml/kg/hr
5. Capillary filling time < 2 วินาที
6. ไม่พบภาวะเลือดออกจากแผลหน้าท้อง Contentจากแผลน้อยกว่า 100 ml/hr
7. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวลดลง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15- 30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรเต้นเบา ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลงมากกว่าเดิม 20 mmHg รายงานแพทย์

2. สังเกตและเฝ้าระวังอาการเลือดออกหลังผ่าตัดโดยการ สังเกต บันทึกลักษณะ ปริมาณ content ที่ออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง มากกว่า 400 ml/hr ใน 1 ชั่วโมง หรือมากกว่า 200 ml/hr ใน 2 ชั่วโมง หรือมากกว่า 100ml/hr ใน 4 ชั่วโมง หรือประเมินอาการแสดงทางหน้าท้อง ถ้าพบท้องอืดตึงมากขึ้น มีภาวะ guarding รายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้เลือด PRC จำนวน 2-unit IV drip และให้ส่วนประกอบของเลือด FFP 1,200ml IV drip free flow, Cryoprecipitate 10-unit IV drip free flow และให้ Plt.conc 10-unit IV drip free flow ตามแผนการรักษาของแพทย์ เฝ้าสังเกตอาการและเฝ้าระวังอาการต่างๆขณะให้เลือด เช่น อาการอาการแสดงของการแพ้เลือดคือ มีผื่นขึ้นลำตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

4. ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1,000 ml IV drip 100 ml/hr
5. ดูแลให้ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต Levophed 8 mg in 5% D/W 100 ml IV drip 10 ml/hr และ Adrenaline 10 mg + 5%D/W 100 ml IV drip 5 ml/hr ปรับขนาดยาทุก 15-30 นาที โดยรักษาความดันโลหิตมากกว่า 90/60 mmHg และน้อยกว่า 140/90 mmHg MAP 65 mmHg ฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ฝ้าระวังภาวะ vasoconstriction และ Arrhythmia
6. ดูแลให้ยา Transamine 500 mg IV ทุก 6 ชั่วโมง
7. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดปลายนิ้ว ทุก 4 ชั่วโมง หากพบ ลดลง มากกว่า 3% หรือน้อยกว่า 30% ให้รายงานแพทย์ทราบ เพื่อเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด
8. ติดตามผล CBC, PT, PTT, INR เพื่อประเมินภาวะเลือดออกมากผิดปกติ
9. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและ neuro sign ทุก 1 ชั่วโมง และประเมิน CVP ทุก 2 ชั่วโมงโดยให้ค่า CVP อยู่ระหว่าง 8-12 mmHg เพื่อประเมินสารน้ำในร่างกาย
10. ประเมินและบันทึกปริมาณ Urine ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบurineออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อฝ้าระวังการทำงานของไตที่ผิดปกติจากการขาดเลี้ยงไปเลี้ยงจากการสูญเสียเลือด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และบันทึก Intake Out put เพื่อประเมินภาวะสมดุลสารน้ำในร่างกาย

การประเมินผลทางการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที
2. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น พบเลือดเก่าๆออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณContentจากแผลเป็นเลือดเก่าๆ ประมาณ 100-200 มิลลิตร/8ชั่วโมง
3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct 30-33 % plt. 117,000 cells/cu.mm ค่า PT 12.5 sec PTT 27.19 sec จากค่า control INR 1.12-1.5 sec
4. ผู้ป่วยเริ่มต้นรู้ตัวรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ Capillary filling time 1 วินาที
5. ปัสสาวะออก 60 ml/hr, CVP 8-12 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากการได้รับยาดมสลบในห้องผ่าตัดและตัวนำออกซิเจนลดลงจากภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองปริแตก

S : -

O : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี หลังผ่าตัด Explor-lap with open repair abdominal aortic aneurysmectomy ได้รับการดมยาสลบขณะผ่าตัด

: หลังผ่าตัด On ET-Tube No 8 LM 20

: Conscious นอนซึม ปลุกตื่นลืม E2M5VT

: Blood Loss ในห้องผ่าตัด 8,000 ml

: ABG : pH 7.16 paCO_2 36.8 mmHg paO_2 189.5 mmHg HCO_3 12.8 mmol/L, SaO_2 99.3% , Blood lactate 11.2 mmol/L

: Hb 4.6 g/dl

: secretion สีขาวขุ่น

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. หายใจสม่ำเสมอ RR 16-20 ครั้ง/นาที
2. ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่ใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ

3. O_2 sat > 95%
4. ผล ABG ปกติ pH 7.35-7.45 $paCO_2$ 35-45 mmHg paO_2 80-100 mmHg, HCO_3 22-26 mmol/L
5. ฟัง lung ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น crepitating, wheezing, Rhonchi
6. ผล CXR Improve ขึ้น ไม่มี infiltration
7. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียว
8. ผู้ป่วยสามารถเริ่มหายใจเองได้ ปรับลด setting ventilator ลงได้ เป็น SIMV Mode SPONT Mode และถอดท่อช่วยหายใจได้ตามลำดับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วย สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที และทุก 1 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติโดยเฉพาะการหายใจรายงานแพทย์ เพื่อทำการแก้ไข
2. จัดท่านอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ไม่ดันปอดทำให้ปอดขยายตัวได้ดี และระบายอากาศได้ดีขึ้น
3. ดูแล On ventilator ปรับ setting PC-AC RR 18 PC 20 PEEP 5 FiO_2 0.6 ตามแผนการรักษา สังเกตและประเมินอาการ ลักษณะการหายใจของผู้ป่วย และประเมินการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานได้อย่างปกติ สายไม่รั่ว ไม่พับงอ ดูแลไม่ให้มีน้ำขังในสายท่อช่วยหายใจ
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยช่วย Suction clear away ทุก 2-4 ชั่วโมงหรือทุกครั้งที่มี เสมหะในท่อช่วยหายใจอย่างถูกวิธีด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อและความนุ่มนวล เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและรับทราบก่อนการดูดเสมหะ จัดท่านอนศีรษะ 30 องศา ใช้ความแรงดันไม่เกิน 100-120 mmHg หลังดูดเสมหะให้เพิ่มปริมาณ O_2 เข้มข้นสูงนาน 30-60 วินาที พร้อมทั้งสังเกตลักษณะ สี ปริมาณของเสมหะ
5. ฟังปอดทั้งสองข้างเพื่อประเมินการระบายอากาศ ตำแหน่งท่อช่วยหายใจ และปริมาณของเสมหะก่อนและหลังการดูดเสมหะ
6. ประเมินสัญญาณชีพ การหายใจ และ ติดตามประเมิน O_2 sat ถ้าน้อยกว่า 95 % หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที ใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ รายงานแพทย์
7. ดูแลให้เลือด PRC จำนวน 2 unit IV drip เพื่อเพิ่มตัวนำออกซิเจน พร้อมทั้งประเมิน อาการ เฝ้ารวังการแพ้เลือดขณะให้เลือดเช่น อาการอาการแสดงของการแพ้เลือด คือ มีผื่นขึ้นลำตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
8. สังเกตอาการ Cyanosis ปลายมือปลายเท้าเขียว ตัวเย็น
9. ติดตามผล chest X-ray เพื่อประเมินตำแหน่งท่อช่วยหายใจและติดตามความก้าวหน้าของปอด และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, ABG, Blood lactate
10. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และปรับการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจเพื่อหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจ

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80 - 130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ RR 16-20 ครั้งต่อนาที
2. ลักษณะการหายใจปกติ หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบเหนื่อย
3. O_2 sat 98-99 %
4. ฟัง lung ไม่มีเสียงผิดปกติ เช่น crepitating, wheezing, Rhonchi
5. ผล CXR Improve ขึ้น ไม่มี infiltration
6. ไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเย็นเขียว
7. ABG: pH 7.33 $PaCO_2$ 21.2 mmHg PaO_2 324 mmHg HCO_3 11.1 mmol/L SO_2 99.8%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้แก่ Limb ischemia, Acute renal failure, Acute myocardial infraction, Abdominal compartment syndrome

S :

O : Post op Explore -lap Open repair abdominal aortic aneurysmectomy

: ขณะผ่าตัด Clamp aorta 1 ชั่วโมง 25 นาที

: Blood Loss ในห้องผ่าตัด 8,000ml

: ระยะเวลาในการผ่าตัด 4 ชั่วโมง 50 นาที

: Content จาก Vacuum dressing ที่แผลเป็นเลือดสด ออก 200-400 ml/hr

: ความดันโลหิต 84/60 mmHg MAP 59 mmHg

: Urine ออกน้อย 10 ml/hr

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีภาวะ Limb ischemia : คลำชีพจรบริเวณขาทั้ง 2 ข้างได้ทุกตำแหน่ง ไม่มีอาการ 6 P ได้แก่ Pain อาการปวดมาก Paresthesia อาการชาหรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก Poikiothermia ผิวหนังเย็น Paralysis คือ เคลื่อนไหวบริเวณนั้นไม่ได้หรือได้น้อย Pallor บริเวณนั้นซีดเขียว คล้ำ และ Pulsessness คลำชีพจรบริเวณนั้นได้เบา คลำไม่ได้

2. ไม่มีภาวะ Acute renal failure ปัสสาวะออกดี 0.5ml/kg/hr

3. ไม่มีภาวะ Myocardial infraction ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) Normal sinus rhythm

4. ไม่มีภาวะ Abdominal compartment syndrome ไม่มีท้องอืดตึง Bladder pressure <25 mmHg

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินสภาพของผู้ป่วย ประเมินภาวะขาดเลือดของขา โดยการประเมินระดับการเคลื่อนไหวของขาทั้งสองข้าง และประเมินจังหวะการเต้น ความแรงของชีพจร บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) ข้อพับ (Popliteal artery) หลังเท้า (Dorsalis pedis) และตาตุ่มด้านใน (Posterior tibia) ของขาทั้งสองข้าง หากพบความผิดปกติ คลำชีพจรไม่ได้ ชีพจรเบา ให้รายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินอาการของ Acute Limb ischemia ตาม 6 P ดังนี้

2.1 Pain อาการปวดมากหลังการอุดตันจากเนื้อเยื่อขาดเลือด

2.2 Paresthesia อาการชาหรือสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกบริเวณที่ขาดเลือด

2.3 Poikiothermia ผิวหนังเย็นบริเวณที่มีการอุดตัน

2.4 Paralysis เคลื่อนไหวบริเวณนั้นไม่ได้หรือได้น้อย

2.5 Pallor บริเวณนั้นซีดเขียว คล้ำจากการขาดเลือด

2.6 Pulsessness คลำชีพจรบริเวณนั้นได้เบา คลำไม่ได้หากพบความผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที

3. ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปที่อวัยวะส่วนปลายโดยการยกศีรษะสูงกว่าขาหลีกเลี่ยงการยกขาสูงกว่าหัวใจ

4. ให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มไฟฟ้า (Blanket wamner) หรือใช้ผ้าคลุม

5. ประเมินภาวะ Acute renal failure โดยประเมินปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานแพทย์ และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr ถ้าพบค่าผิดปกติ รายงานแพทย์

6. ประเมินภาวะ Myocardial infraction โดยติดตาม EKG ตลอดเวลา และประเมินการแสดงของผู้ป่วย หากพบสัญญาณเตือน เช่น อาการเจ็บ แน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด หรือกดทับ อาการเจ็บหน้าอกที่ร้าวไปกราม

สะบักหลัง แขนซ้าย หัวไหล่ อาการอื่นๆร่วม เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้ จะเป็นลม หน้าซีด อาการใจสั่น หรือเหนื่อยผิดปกติ EKG ผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

7. ประเมิน Abdominal compartment syndrome โดยประเมินอาการทางหน้าท้อง และติดตามวัดความดันในช่องท้อง ผ่านทาง Bladder ถ้าพบความผิดปกติ ระดับของ Intra-abdominal pressure โดยวัดทุก 8 ชั่วโมง มากกว่า 12 mmHg รายงานแพทย์ทันที

8. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรเต้นเบาต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าเดิม 20 mmHg รายงานแพทย์

9. สังเกตและเฝ้าระวังอาการเลือดออกหลังผ่าตัดโดยการ สังเกต และบันทึกลักษณะและ ปริมาณ content ที่ออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าพบมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้องมาก รายงานแพทย์

10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เลือด และส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษาและบันทึกน้ำเข้า - ออกจากร่างกายเพื่อประเมินภาวะสมดุลสารน้ำในร่างกาย

ประเมินการพยาบาลทางการพยาบาล

1. ไม่มีภาวะ Limb ischemia : คลำชีพจรบริเวณขาทั้ง 2 ข้างได้ทุกตำแหน่ง ไม่มีอาการ 6 ไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการชา ผิวหนังอุ่น Capillary filling time น้อยกว่า 2 วินาที ขยับเคลื่อนไหวได้ดี Motor power grade 5 ขาสองข้างไม่ซีด เขียว คลำ Capillary filling time 1 วินาที คลำชีพจรที่ขาทั้งสองข้างได้ทุกตำแหน่ง

2. ปัสสาวะออกดี 60 ml/hr

3. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก EKG Normal sinus rhythm rate 80-100 ครั้งต่อนาที

4. ไม่มีภาวะ Abdominal compartment syndrome ไม่มีท้องอืดตึง Bladder pressure 12 mmHg

5. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ RR 16-20 ครั้งต่อนาที

6. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น พบเลือดเก่า ๆ ออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณ Content จากแผลเป็นเลือดเก่า ๆ ประมาณ 100-200 มิลลิลิตร/8ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัด และมีแผลเปิดช่องท้องปิดแผลด้วยแรงดันลบ

S : ผู้ป่วยพักหน้าเวลาพยาบาลถามระดับความปวด

O : แผลบริเวณหน้าท้องมีแผลยาวประมาณ 25 cm ปิดแผลด้วย Vacuum dressing ใช้ Pressure -100 mmHg

: ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย ไม่ค่อยเคลื่อนไหว หน้ามืด คิวขมวด

: Pain score 8 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล

เกณฑ์ประเมินทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดลดลง

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่น แจ่มใสขึ้น ผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น

3. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวดเวลาพลิกตะแคงตัว นอนหลับได้

4. Pain scale < 4 คะแนน

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัดหน้าท้อง ทุก 4 ชั่วโมง โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความปวด Behavior Pain Scale (BPS) เพื่อประเมิน Pain score รวมถึงสัญญาณชีพ ที่แสดงถึงความเจ็บปวด ได้แก่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงเพื่อประเมิน และ ติดตามอาการเจ็บปวด
2. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการ รักษา ได้แก่ Fentanyl 2,000 mcg in NSS 100 ml IV drip 10 ml/hr เพื่อบรรเทาความปวด และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงขณะให้ยา
3. ดูแลจัดท่านอนที่เหมาะสม Semi-fowler's position เพื่อให้หน้าท้องหย่อนตัวลดความตึงของแผล เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
4. ดูแลแผลเปิดช่องท้องด้วยแรงดันลบ - 80 ถึง -100 mmHg บันทึกสัญญาณชีพ และระดับความปวด ทุก 4 ชั่วโมง หากมีอาการปวดที่บริเวณแผลมากค่อยๆลดแรงดูดลงจนถึงระดับที่ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด รายงานแพทย์เพื่อประเมินและให้ยาแก้ปวดร่วมด้วย ดูแลจัดท่าให้สบาย
5. ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อบรรเทาอาการปวด ได้แก่ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่มีแสง เสียงรบกวนการพักผ่อน ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล รวดเร็ว ช่วย support แผลผ่าตัด

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. อาการเจ็บปวดลดลง ไม่บ่นปวดแผล
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใสขึ้น
3. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวด หน้าไม่ซีดขาว เวลาลุกห้อยเท้า เคลื่อนไหวเปลี่ยนท่าได้
4. Pain scale 3 คะแนน
5. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ RR 16-20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการปริแตกของหลอดเลือดแดงที่ซ่อมแซมเนื่องจากความดันโลหิตสูง

S : -

O : Post op Explore -lap open repair abdominal aortic aneurysmectomy

: ความดันโลหิต 206/106 mmHg

: ตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Plt 56,000cells/cu.mm, PT 23.6 sec, PTT 46.4 sec, INR 2.11sec

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการปริแตกของหลอดเลือดแดงที่ซ่อมแซม

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที
2. ไม่พบภาวะเลือดออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณContent จากแผลน้อยกว่า 100 ml/hr
3. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น กระสับกระส่าย ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ระดับความรู้สึกตัวลดลง
4. คลำชีพจรบริเวณขาหนีบ (femoral artery) ข้อพับ (popliteal artery) หลังเท้า (dorsalis pedis) และ ตาตุ่มด้านใน (posterior tibia) ของขาทั้งสองข้างได้

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 - 30 นาที เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลง เมื่อพบความผิดปกติ เช่น ชีพจรเต้นเบา ต่ำกว่า 60 ครั้ง/นาที หรือ มากกว่า 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลงมากกว่าเดิม 20 mmHg รายงานแพทย์
2. ประเมินภาวะเลือดหลังผ่าตัดโดยการ สังเกต และบันทึกลักษณะและปริมาณ content ที่ออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง ถ้าพบมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดหน้าท้อง มากกว่า 400 ml/ชั่วโมงใน 1 ชั่วโมง หรือ มากกว่า 200 ml/ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมง หรือมากกว่า 100ml/ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมง หรือประเมินอาการแสดงทางหน้าท้อง ถ้าพบท้องอืดตึงมากขึ้น มีภาวะ guarding รายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลให้ยา Nicardipine 20 mg + NSS 100 ml IV drip ปรับเพิ่มลดยา ควบคุมความดันโลหิตให้ได้ SBP มากกว่า 90 น้อยกว่า 140 mmHg และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ปวดศีรษะ หน้ามืด หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก ปากแห้ง ชาปลายมือปลายเท้า
4. ประเมินสภาพของผู้ป่วย ประเมินการทำงานของหลอดเลือดแดงที่ข้อมแขน โดยการประเมินจังหวะการเต้น ความแรงของชีพจร บริเวณขาหนีบ(femoral artery) ข้อพับ (popliteal artery) หลังเท้า(dorsalis pedis) และตาตุ่มด้านใน (posterior tibia) ของขาทั้งสองข้าง หากพบความผิดปกติ คลำชีพจรไม่ได้ ชีพจรเบา ให้รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผลทางการพยาบาล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่าความดันโลหิต 120/80-130/86 mmHg, MAP 65-80 mmHg, อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้งต่อนาที
2. ไม่พบภาวะเลือดออกจากแผลหน้าท้อง ปริมาณ Content จากแผล 100-200ml/8hr
3. ไม่พบอาการที่แสดงถึงภาวะเลือดออกในช่องท้อง ผู้ป่วยเริ่มตื่นรู้ตัวรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ Capillary filling time 1 วินาที ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
4. คลำชีพจรบริเวณ บริเวณขาหนีบ(femoral artery) ข้อพับ (popliteal artery) หลังเท้า (Dorsalis pedis) และตาตุ่มด้านใน (Posterior tibia) ของขาทั้งสองข้างได้ทุกตำแหน่ง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดท้อง ร้าวไปหลัง ความดันโลหิตต่ำ 18 ชั่วโมง ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรักษาโดยให้ยาแก้ปวดแบบฉีด อาการปวดท้องไม่ทุเลา ตรวจ ultrasound พบ Abdominal Aortic Aneurysm ขนาด 5 เซนติเมตร มีความดันโลหิตต่ำ ให้ สารน้ำ NSS 3000 ml IV load ให้ PRC 2 unit IV ส่งตรวจ CTWA พบ Ruptured Infrarenal Abdominal Aortic Aneurysm ส่งตัวมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก E4V5M6 BP drop 60/40 mmHg ได้ PRC 1 unit IV push 1 unit IV drip ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ผ่าตัด Open repair abdominal aortic aneurysmectomy with temporary closure ผ่าตัดครั้งที่ 2 Re-Explore-Lap ผ่าตัด Lt Hemicolecotomy with stop bleed with temporary closure โดยการผ่าตัดครั้งที่ 2 พบ Descending colon with sigmoid colon with terminal ileum ischemia พบ Active bleeding hematoma at RLQ และ Patent anastomosis graft หลังได้รับการผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาล คือ มีภาวะ Hypovolemic shock จากมีภาวะเลือดออกมาก หลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตกเนื่องจากปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลงประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากการได้รับยาผสมในช่องผ่าตัดและตัวนำออกซิเจนลดลงจากภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ Limb ischemia, Acute renal failure, Acute myocardial infarction, Abdominal compartment syndrome ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจากเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการผ่าตัดและมีแผลเปิดช่องท้องปิดด้วยแรงดันลบ

เสี่ยงต่อการปริแตกของหลอดเลือดแดงที่ซ่อมแซมเนื่องจากความดันโลหิตสูง หลังจากได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและได้ย้ายไปยังหอผู้ป่วยสามัญและฟื้นฟูอาการจนสามารถกลับบ้านได้

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพองปริแตก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตหลายประการที่เกิดจากการแตกของหลอดเลือดแดงใหญ่และการผ่าตัด โดยเฉพาะการเสียเลือดจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดภาวะช็อก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการหายใจวายเฉียบพลัน และอาการแทรกซ้อนจากการที่เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆไม่เพียงพอ ที่สำคัญได้แก่ เนื้อเยื่อที่ขาดเลือด ไตวายเฉียบพลัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความดันในช่องปิตของกล้ามเนื้อท้องสูง พยาบาลจึงมีความรู้ความเข้าใจและประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อประสานการรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ส่งผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยช่วยให้รอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง
 2. ควรมีแนวทางการนิเทศติดตาม ผลการปฏิบัติการพยาบาลและการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
- ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง
3. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง

เอกสารอ้างอิง

- กำพล เลหาพิณแสง. (2560). *ศัลยศาสตร์หลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอเรน บุคส์ เซ็นเตอร์.
- กิตติคุณ ออสกุล. *Collective rivew Rupture Abdominal aortic aneurysm*. สืบค้นจาก <http://medinfo2.psu.ac.th/surgery/Collective%20review/2558/15>
- เกศศิริ วงษ์คงคำ, และอรชุนา นากรณ์. (2559). *การพยาบาลศัลยศาสตร์: ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส
- บุรพา กาญจนบัตร และ ไกยณัฐ สถาปนาวัตร. *ศัลยศาสตร์หลอดเลือดในเวชปฏิบัติทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: บริษัทโอสถการพิมพ์ จำกัด
- พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์. (2561). หลอดเลือดแดงใหญ่ช่องท้องโป่งพอง Abdominal Aortic Aneurysma(AAA). ใน บุรพา กาญจนบัตร, ไกยณัฐ สถาปนาวัตร (บ.ก.), *ศัลยศาสตร์หลอดเลือดในเวชปฏิบัติทั่วไป*. (หน้า199-211). (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: โอสถการพิมพ์
- สมพร ชินโนรส. (2559). *การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม4*. (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : บริษัท ร้าไทยเพรส จำกัด
- Kohlman-Trigoboff D., Rich K., Foley A., Fitzgerald K., Arizmendi D., Robinson C., Brown R., Treat Jacobson D. (2020). Clinical practice guideline: Society for vascular nursing endovascular repair of abdominal aortic aneurysm updated nursing clinical practice guideline. *Journal of Vascular Nursing*, 38(2), 36-64. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2020.01.004>
- Schreiber, M. L. (2018). Evidence-based practice. Acute respiratory distress syndrome. *MEDSURG Nursing*, 27(1), 59–65.