

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

สิรภัทร วัตกิ่ง, พว.

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะกระดูกต้นขาหักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน พบมากในผู้สูงอายุสาเหตุเกิดจากการพลัดตกหกล้ม ถึงแม้กลไกการบาดเจ็บไม่รุนแรง อาจส่งผลให้เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดพยาธิสภาพแบบถาวร เกิดความพิการ และเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา: เลือกเรื่องที่สนใจศึกษา ศึกษาเอกสารตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย และเลือกกรณีศึกษาที่สนใจ 2 ราย มีเพศ อายุ และโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบ ศึกษาข้อมูลเชิงลึกของผู้ป่วยทั้งสองราย โดยศึกษาจากเวชระเบียน ลงเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการรักษา

ผลการศึกษา: การเกิดกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุเกิดได้จากการพลัดตกหกล้ม และอุบัติเหตุจากรถ เมื่อเกิดขึ้นแล้วสามารถทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ การรักษาพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายทั้งแบบผ่าตัด และไม่ผ่าตัด สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการรักษาแบบผ่าตัดทั้งสองราย รายที่ 1 ผ่าตัดแบบใส่เหล็กตามมีแผลผ่าตัดเล็กกว่า มีการรับรู้ปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้ ผลการรักษาดี สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ รายที่ 2 ผ่าตัดเปลี่ยนเบ้าสะโพก และคอสะโพกใหม่หมดทำให้แผลมีขนาดใหญ่กว่า สัมพันธ์กับมีอายุมาก มีโรคประจำตัวหลายชนิด ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หลังการผ่าตัดจึงต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทั้งหมดส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือนอนติดเตียง เกิดแผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จะเห็นว่าจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยทั้งสองกรณีที่แตกต่างกันทำให้ผลการรักษาแตกต่างกัน ถึงแม้จะใช้ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน

สรุปผล: การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาใช้วางแผนการพยาบาลร่วมกับการให้คำแนะนำก่อนการผ่าตัด ส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ และไม่พบภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: กระดูกต้นขาหัก, ผู้สูงอายุ, การรักษาโดยการผ่าตัด

Nursing care of patients with femoral fractures treated by surgery: Two comparative case studies

Sirapat Wadking, R.N.

Abstract

Femoral fractures are acute illnesses. It is found in the elderly. The cause is caused by a fall. although the mechanism of injury is not severe may result in chronic illness cause permanent pathology, disability and can die.

Objective: To compare nursing care for patients with femoral fractures: a case study of 2 patients.

How to conduct the study: Choose a topic of interest to study. Study documents, academic textbooks and related research. Study the patient's medical regulations. and selected 2 case studies of interest with different sex, age and congenital disease for comparison. In-depth study of both patients by studying medical records home visit and monitoring of patient outcomes.

Study results: Femoral fractures in the elderly can occur from falls. and traffic accidents Once it does, it can cause disability and even death. Treatment was considered appropriate for each patient, both surgical and non-surgical. Both surgical treatments were used in this study. Case 1: Surgery with a steel splint with a smaller incision. have normal perception able to help themselves, good treatment results, able to return to normal life. Case 2: Hip socket replacement surgery and the hip neck was completely new, causing the wound to be larger in relation to old age There are many congenital diseases. The patient is in a dependent state. inability to take care of himself After the surgery, all other people need care, resulting in complications such as bedridden, pressure sores and urinary tract infection. It can be seen that from the individual factors of the patients, the two cases are different, resulting in different treatment outcomes. Even though the theory and nursing process are applied in the same direction.

Conclusion: Incorporating Orem's nursing theory into nursing planning along with preoperative counseling resulted in more efficient care. Patients can return to normal life. and no complications were found.

Keywords: femoral fracture, elderly person, surgical treatment

บทนำ

ภาวะกระดูกหักเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน สาเหตุส่วนใหญ่จากการพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุจากรถ สติติในประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยกระดูกหัก 250,000 รายต่อปี ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 50 ปี⁽¹⁾ เกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า มีการศึกษาคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2567 จะเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคน เป็น 2.66 ล้านคน และเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2592⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอข้อมูลปี พ.ศ. 2554 มีแนวโน้มเกิดกระดูกต้นขาหักและแตกร้าว เพิ่มขึ้นร้อยละ 40 กล่าวคือ จาก 11,791 ราย ในปีพ.ศ. 2549 เป็น 17,031 ราย ในปี พ.ศ. 2553 ทั้งนี้เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ พบอัตราความชุกในช่วงอายุ 85-94 ปี กลุ่มที่มีกระดูกพรุนมีความรุนแรงของการบาดเจ็บมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะกระดูกปกติ⁽³⁾ ถึงแม้กลไกการบาดเจ็บไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาวในสถานการณ์เดียวกันในผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดกระดูกหัก ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบติดเชื้อ ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตในปีแรก⁽⁴⁾ พบการเกิดกระดูกหักเพศหญิงมากกว่าเพศชาย แต่หลังการผ่าตัด เพศชายเสียชีวิตมากกว่า เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเช่น แผลกดทับ ไม่สามารถเดินได้ก่อนกลับบ้าน และนอนโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน⁽⁵⁾

จากแนวโน้มอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบรอบด้านทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้จัดทำตระหนักถึงปัญหานี้ จึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ เช่นอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุจากการจราจร เป็นต้น ทั้งนี้ได้ให้ครอบครัว ชุมชน และผู้นำชุมชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการทำแผนพับให้ความรู้เรื่องการป้องกันกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุ โดยได้ศึกษากรณีศึกษาตัวอย่างละเอียดจำนวน 2 ราย เป็นเพศชาย อายุ 59 ปี และเพศหญิงอายุ 86 ปี มีกลไกการบาดเจ็บแตกต่าง โรคประจำตัวแตกต่าง การรักษาที่ใกล้เคียง แต่ผลลัพธ์การรักษาแตกต่าง เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน

กระดูกเชิงกรานเป็นกระดูกที่มีลักษณะเป็นวง ประกอบด้วยกระดูก 3 ส่วนรวมกัน และยึดด้วยเอ็น ประกอบด้วย Sacrum, Coccyx, Hip bone⁽⁶⁾ และเชื่อมต่อกับกระดูกต้นขา (Femur)⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น Femoral head, neck, Intertrochanteric และ Subtrochanteric มีกล้ามเนื้อ Geatermedius และ minimus ยึดไว้

ภาวะกระดูกหักเกิดจากการได้รับแรงกระทำจากภายนอกอย่างรุนแรงเกินกว่าที่กระดูกจะรับได้ ลักษณะการหักของกระดูกจะแตกต่างกัน สามารถเห็นจากการถ่ายภาพรังสี⁽⁸⁾ แบ่งตามกลไกการเกิดได้ 2 ชนิด Non Traumatic Orthopedics เกิดจากการเจ็บป่วย เช่น วัณโรคกระดูก การพิการแต่กำเนิด ข้ออักเสบชนิดต่าง ๆ และ Traumatic Orthopedics เกิดจากการบาดเจ็บที่ได้รับการกระทบกระแทกรุนแรง เช่นอุบัติเหตุจากรถ พลัดตกหกล้ม การเล่นกีฬา การทำร้ายร่างกาย โดนทารุณกรรมในเด็ก

อาการ โดยทั่วไปจะพบปวดบริเวณรอบ ๆ ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ จะปวดรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวบริเวณที่หัก เกิดรอยช้ำหรือเลือดออกใต้จากการฉีกขาดของหลอดเลือดใต้ผิวหนัง บางรายอาจมีกระดูกที่มแทงทะลุออกมาให้เห็น อาการหลักของ

กระดูกต้นขาหักตามตำแหน่งที่หักดังนี้ 1) Femoral neck fracture พบอาการบวมอาจไม่พบว่ามีกระดูกหัก เนื่องจากเป็น Intracapsular Fracture ถ้ากระดูกหักเคลื่อนที่อาจพบว่าขาอยู่ในท่า External rotation ขาสั้น และกางออก 2) Intertrochanteric femur ขาจะอยู่ในท่า External rotate และ Shortening การเคลื่อนไหวกว่าทำให้ผู้ป่วยปวดมาก 3) Subtrochanteric area พบมีขาสั้น และกางออก สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติหาสาเหตุ การบาดเจ็บ ระยะเวลา และอาการที่เกิดขึ้นหลังการบาดเจ็บ ตรวจร่างกายในตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บพบมีการบวม ผิดรูป คลำหาจุดบาดเจ็บบริเวณต่าง ๆ วัดพิสัยของการเคลื่อนไหวของข้อ เอ็กซ์เรย์หาตำแหน่ง และลักษณะการหัก ผิดรูป เอ็กซ์เรย์คอมพิวเตอร์เพื่อหาตำแหน่งที่หักไม่ชัดเจน แต่จะพิจารณาทำเมื่อมีความจำเป็นเนื่องจากมีราคาแพง ข้อดีคือมีความละเอียดมากกว่า สามารถมองเห็นการฉีกขาดของเส้นเลือดและเส้นประสาทร่วมด้วย การรักษาเพื่อลดอาการปวดและป้องกันความพิการ แบ่งเป็น 2 ชนิด ดังนี้ 1) รักษาแบบประคับประคอง โดยการดึงกระดูกหักให้เข้าที่และให้เกิดการเชื่อมติดเองตามธรรมชาติ มักจะถูกพิจารณาในผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดสูง⁽⁷⁾ 2) การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการเปิดเข้าไปเพื่อจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่ ยึดตรึงกระดูกให้อยู่นิ่งโดยใช้วัสดุ หลายชนิดตามความเหมาะสม เช่น Jewett nail, Angle blade plate, Lags crew, wire เป็นต้น⁽⁸⁾ พิจารณาผ่าตัดในคนอายุน้อย ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินการต่อไปอย่างราบรื่น ตลอดจนทำให้เกิดผลลัพธ์ภายหลังจากการผ่าตัดอย่างดีที่สุดครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁽⁹⁾ ดังนี้ 1) เตรียม

ความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวให้พร้อมก่อนการผ่าตัด โดยให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด การเตรียมสภาพร่างกาย และจิตใจ 2) ให้คำแนะนำระหว่างผ่าตัดว่าผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ในขณะที่เข้าห้องผ่าตัด และจะพบสภาพแวดล้อมอย่างไร 3) หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวอย่างไร เช่น การดูแลบาดแผล การบรรเทาอาการปวด การไอ การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด การเคลื่อนย้ายร่างกาย การหัดเดิน รวมทั้งประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียดก่อนผ่าตัด ต้องไม่มีการติดเชื้อในร่างกาย พักผ่อนเพียงพอ ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ เมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดจะได้รับ ประเมินร่างกาย สัญญาณชีพ การทำงานของเส้นเลือด เส้นประสาท ชีพจรหลังเท้า การเคลื่อนไหว และความรู้สึกโดยเปรียบเทียบขาทั้งสองข้าง ประเมินบาดแผลผ่าตัด ท่อระบายเลือดทำงานได้ดีหรือไม่ มีอาการปวดแผล และอาการบวมของขาที่ผ่าตัด อาการช็อค และเหนื่อยของผู้ป่วยหรือไม่ พร้อมทั้งได้รับการกระตุ้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ส่งเสริมภาวะโภชนาการ คงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ป้องกันหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา การจัดการความปวด ป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เปรียบเทียบผลของกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
2. เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแล และป้องกันการเกิดกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกเรื่องที่สนใจศึกษา



2. ศึกษาเอกสารตำราวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย และเลือกกรณีศึกษาที่สนใจ 2 ราย เพศ อายุ และโรคประจำตัว ลักษณะการบาดเจ็บแตกต่างกัน มีการรักษาที่คล้ายกัน

กรณีศึกษา รายที่ 1

ข้อมูลพื้นฐาน: ชายไทยอายุ 52 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง เข้ารับบริการ วันที่ 18-23 ตุลาคม 2565 น้ำหนัก 66 กิโลกรัม ความสูง 161 เซนติเมตร

ประวัติส่วนตัว : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการใช้สารเคมีและยาเสพติด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมา ผู้ป่วยขับจี้รถจักรยานยนต์สวมหมวกนิรภัย ไม่ทราบความเร็ว รถจักรยานยนต์ล้มร่างกายฝั่งขวากระแทกพื้นถนน รถจักรยานยนต์ล้มร่างกายผู้ป่วยฝั่งซ้าย จุดเกิดเหตุรู้ตัว รู้เรื่องตลอดเวลาไม่หมดสติ มีแผลถลอกตามร่างกาย มีอาการเจ็บบริเวณขาโครงขาปวดบวมต้นขาข้างขวาเดินลงน้ำหนักไม่ได้ ไปรักษาโรงพยาบาลชุมชนใกล้ที่เกิดเหตุตรวจร่างกายพบกระดูกต้นขาข้างขวาหัก แผนการรักษาแพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด ผู้ป่วยขอมารับบริการที่ใกล้บ้าน

การตรวจร่างกาย : BT 36.7 °C, P 84 /min, RR18/min, BP116/76 mmHg, O2 sat 99 % R,CXR ปกติ พบขาข้างขวามวมผิดปกติสั้นลงและกางออกเอ็กซ์เรย์พบกระดูกต้นขาข้างขวาหัก

การวินิจฉัย: Close Fracture intertrochanter right leg.

การรักษา : การผ่าตัดชนิด Open Reduction and Internal Fixation with Proximal femoral nail Antirotation right

intertrochanteric femur (ORIF with PFNA right intertrochanteric femur)

ทฤษฎีทางการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ได้นำทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory) ของ โอเร็ม (Orem,1995)⁽¹⁰⁾ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวคิดนี้สร้างขึ้นโดยมีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถในการนำทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล โอเร็มอธิบายมโนทัศน์ไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem Taylor, & Renpenning, 2001) ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen & Wills, 2014) ซึ่งประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลักดังนี้ การดูแลตนเอง (Self-care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) และปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน และประกอบกันเป็นทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองและทฤษฎีระบบการพยาบาล (Hanucharornkul, 2001)

สรุปปัญหาที่พบ

จากการนำทฤษฎีการพยาบาล โอเร็ม มาประยุกต์ใช้พบปัญหาดังนี้

1. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตัวเอง เนื่องจากการบาดเจ็บกระดูกต้นขาหักร่วมกับมีความเจ็บปวด

2. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตัวเองเนื่องจากการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดขึ้นแบบกระทันหัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินผู้ป่วยและการทบทวนเวชระเบียน สามารถเขียนวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นระยะได้ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวด
2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. อาจเกิดแผลกดทับเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว

ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

1. อาจเกิดภาวะช็อคจากเสียเลือด จากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บบริเวณผ่าตัด
2. ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
3. อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด หรือในร่างกายเนื่องจากมีสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย
4. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ในการพยาบาลทั้งสองระยะได้ส่งเสริมการใช้ทฤษฎีดูแลตนเอง (Theory of self-care) ซึ่งส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และการ

ดำรงชีวิต เพื่อตอบสนองการดูแลตัวเองขั้นพื้นฐาน จำเป็นบางส่วน ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) Orem et al. (2001) ความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตัวเองได้ทั้งหมด และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) แนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่ได้รับดูแล ซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งเป็นระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมดชัดเจนภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตราย ในระยะแรกหลังการผ่าตัดที่ผู้ป่วยยังไม่ตื่นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและยังมีความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory) พยาบาลช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันกระทำเมื่อผู้ป่วยฟื้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก และอาการปวดเริ่มทุเลาลง และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะเริ่มกระทำตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด และหลังการผ่าตัด 1 วัน

สรุปกรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 52 ปี 18 ตุลาคม 2565 ด้วยเรื่องข้อกระดูกข้อมือหักกระดูก

ต้นขาข้างขวาหัก ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็ก วันที่เข้ารับบริการวันที่ 20 ตุลาคม 2565 ระหว่างผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว ได้รับการสอนเรื่องการเดิน การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมจากทีมพยาบาลและสหวิชาชีพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ วันที่ 23 ตุลาคม 2565 รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 5 วัน การติดตามอาการผู้ป่วยทั้ง 3 ครั้ง ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถเดินเองได้ประกอบกิจวัตรประจำวันเองได้ ยังไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ เนื่องจากเป็นอาชีพรับจ้างต้องใช้แรงในการยกของหนัก และต้องใช้ขาเป็นจุดรองรับน้ำหนัก ผู้ป่วยพึงพอใจการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐาน: หญิงไทย อายุ 86 ปีรูปร่างท้วม รับบริการ วันที่ 17-28 ตุลาคม 2565 น้ำหนัก 64 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร

ประวัติส่วนตัว: โรคประจำตัวเบาหวาน อัลไซเมอร์ ความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: ลูกสาวให้ประวัติว่าผู้ป่วยเดินโดยใช้ Walker สะดุดล้ม ก้นกระแทกพื้น หลังล้มมีอาการปวดขาข้างขวาเดินไม่ได้ ขาข้างขวาลึ้นกว่าขาข้างซ้าย ขาแบะออก เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

การตรวจร่างกาย: BT 37 °C, P 78/min, RR 20/min, BP 153/90 mmHg, O₂ sat 99%, CXR พบหัวใจโต, EKG 12 Lead พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF with MVR rate 76 ครั้ง/นาที) ต้นขาข้างขวาววม ผิดรูปปกเจ็บ ขาขวาลึ้นกว่าขาข้างซ้าย X-ray พบ Fracture at right neck of femur.

การวินิจฉัย: Close Fracture right neck of femur.

การรักษา: Bipolar hemiarthroplasty right femur.

สรุปปัญหาที่พบ

1. เป็นผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงเนื่องจากช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
2. มีโรคประจำตัวหลายอย่าง
3. มีโอกาสกระดูกไม่ติดหลังการผ่าตัด และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ทฤษฎีทางการพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้นำทฤษฎีการพยาบาลองค์รวมมาใช้ ถือเป็นแนวคิดปรัชญาเพื่อส่งเสริมภาวะสมดุลของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เชื่อว่าการเจ็บป่วยไม่ใช่ผิดปกติแต่ร่างกาย แต่ทุกระบบมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมความเป็นองค์รวมไม่รักษาเฉพาะส่วน นอกจากนั้นการรักษายังให้ความสำคัญทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์ทางเลือก โดยคำนึงถึง วัฒนธรรม ความเชื่อ และประสบการณ์แต่ละบุคคล⁽¹¹⁾ คุณลักษณะของแนวคิดสุขภาพองค์รวม ประกอบด้วย 1) ความสมดุล ความสมดุลของสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 2) ความกลมกลืนจากภายในตน คือ มิติกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และความกลมกลืนภายนอก คือกับสิ่งแวดล้อมในระบบธรรมชาติ 3) ความเป็นหนึ่งเดียวกัน แต่ละมิติต้องมีการเชื่อมโยง หากขาดความเชื่อมโยงจะทำให้เสียสมดุล หลักการพยาบาลแบบองค์รวม ได้แก่ 1. ตระหนักถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล 2. สร้างสภาพแวดล้อมต่อการ มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน 3. ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ 4. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด 5. ให้ข้อมูล

และความรู้แก่ผู้รับบริการ 6. เสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการและครอบครัว 7. สนับสนุนกระบวนการฟื้นฟูของผู้ป่วยให้บริการอย่างเอื้ออาทร 8. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้วิธีพื้นบ้านที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ⁽¹²⁾ ดังนั้นการพยาบาลแบบองค์รวมต้องครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาข้างขวา
2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้านอยู่บ้าน
3. อาจเกิดแผลกดทับเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว
4. มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ Atrium Fibrillation 78 bpm
5. มีภาวะโพแทสเซียมในร่างกายต่ำ (K 2.25)
6. มีภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ (Na 125)

ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

1. อาจเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
2. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการดมยาสลบสัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF with MVR
3. ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด
4. อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด หรือในร่างกายเนื่องจากมีสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1-2

5. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบลีบ ข้อยึดติด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และ Hypostatic Pneumonia

สรุปกรณีศึกษา: ผู้ป่วยเพศหญิงสูงอายุ มีโรคประจำตัว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เข้ารับการรักษาวันที่ 17-28 ตุลาคม 2565 ด้วยเรื่องเดินล้มกระดูกต้นขาหัก ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม วันที่ 21 ตุลาคม 2565 ระหว่างการรักษามีปัญหาเรื่องหัวใจเต้นผิดจังหวะ การเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวหายไประยะหนึ่งจึงสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนคือ ไม่สามารถลุกเดินได้ ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยลง และเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 28 ตุลาคม 2565 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 11 วันก่อนกลับบ้าน ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล แพทย์และสหวิชาชีพ เรื่องการดูแลตัวเอง การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อ หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่สามารถลุกได้ นอนติดเตียงตลอดเวลา แผลกดทับบริเวณก้นกบยังคงอยู่ เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะร่วม

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์
เพศ	ชาย	หญิง	เพศชายมีความหนาแน่นของมวลกระดูกที่แข็งแรงกว่าเพศหญิง ⁽⁶⁾	เพศชายมีมวลกระดูกแข็งแรงกว่าเพศหญิงทำให้การแตกหักเป็นไปได้ยากกว่าเพศหญิง
อายุ	52 ปี	86 ปี	อายุมากขึ้นความหนาแน่นมวลกระดูกลดลง ⁽⁶⁾	ความหนาแน่นกระดูกลดลงเป็นผลให้เกิดกระดูกพรุน ปรราะหักแตกง่าย
โรคประจำตัว	ปฏิเสธโรคประจำตัว	1. เบาหวาน 2. ความดันโลหิตสูง 3. อัลไซเมอร์	กรณีศึกษาที่ 1 แข็งแรงดีไม่มีโรคประจำตัว กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รับประทาน ๗ เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดภาวะกระดูกพรุน สัมพันธ์กับกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นอัลไซเมอร์ ทำให้หลงลืมง่ายการเดินทางและการทรงตัวไม่ดีส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย
กลไกการบาดเจ็บ	อุบัติเหตุจากรถ	เดินล้ม	กรณีที่ 1 กลไกการบาดเจ็บค่อนข้างรุนแรง เมื่อเทียบกับกรณีที่ 2 กลไกการบาดเจ็บไม่รุนแรง	จากประวัติกรณีศึกษาและการบาดเจ็บ อวัยวะอื่นร่วมด้วยพบว่ากรณีที่ 1 เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรงทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นร่วมด้วย ส่วนกรณีที่ 2 กลไกการบาดเจ็บจากการเดินล้มถือว่าไม่รุนแรง ถ้าเกิดกับวัยหนุ่มสาวอาจมีเพียงการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเท่านั้น
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	เจ็บขาตรงขา ปวดต้นขาขวา บวม ผิดรูป เดินลงน้ำหนักไม่ได้	ปวดต้นขาขวา เดินไม่ได้	กรณีที่ 1 มีการบาดเจ็บอวัยวะอื่นร่วมด้วย กรณีที่ 2 เกิดการบาดเจ็บเฉพาะตำแหน่ง	อาการสำคัญของผู้ป่วยทั้งสองรายสามารถอธิบายให้เห็นความรุนแรงของการบาดเจ็บ ได้อธิบายว่ากรณีที่ 1 มีการบาดเจ็บที่รุนแรง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1-2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	ขั้วซี่ รถจักรยานยนต์ สวมหมวกนิรภัย ไม่ทราบความเร็ว ล้มฝั่งขวากระแทก พื้นรถจักรยานยนต์ ทับผู้ป่วย จุดเกิด เหตุรู้ตัวตลอดเวลา พบแผลถลอกตาม ร่างกาย เจ็บบริเวณ ชายโครงขวา ปวด บวมคันขาขวา เดิน ลงน้ำหนักได้ เล็กน้อย เป็นก่อน มา 1 วัน	3 ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยเดินโดยใช้ Walker สะดุดล้ม กันกระแทกพื้น หลังล้มมีอาการ ปวดขาข้างขวาเดิน ไม่ได้ ขาทั้งสองข้าง ไม่เท่ากันขาข้างขวา สั้นกว่าขาข้างซ้าย	พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วย แตกต่างกัน	ระยะเวลาการเข้ารับบริการที่ล่าช้าต่างกัน เห็นได้ว่า กรณีที่ 1 ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ก่อนแล้วเขียนใบส่งตัวให้ผู้ป่วยมาเองจึง กลับไปพักที่บ้านก่อน เมื่อมีอาการปวด บวมมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล สัมพันธ์ กับการหักของกระดูกแบบนี้ทำให้ผู้ป่วย ยังสามารถเดินได้จึงอาจจะคิดว่ายังไม่ จึงเข้าถึงบริการล่าช้า กรณีที่ 2 มาโรงพยาบาลทันทีที่รับรู้การ เจ็บป่วยเนื่องจากผิรูปลัดเจน และมี อาการชัดเจน จึงทำให้เข้าถึงบริการที่เร็ว
การตรวจร่างกาย	ต้นขาขวา บวม ขา บะออกข้างนอก กดเจ็บบริเวณต้นขา ขาขวาสั้นกว่าขา ซ้าย เอกซเรย์พบ กระดูกต้นขาข้าง ขวาหักตำแหน่ง ระหว่างGreater กับ Lesser troch	ต้นขาขวา บวม ขา บะออกข้างนอก กดเจ็บบริเวณต้นขา ขาขวาสั้นกว่าขา ซ้ายเอกซเรย์พบ กระดูกต้นขาข้าง ขวาหักตำแหน่งคอ ของหัวกระดูก	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายตรวจพบความ ผิดปกติของขาข้างขวา สั้น และ บะออกเหมือนกัน เอกซเรย์พบ ตำแหน่งการหักคนละที่	การบะออก และสั้นลงของขาที่เกิดการ หักบริเวณต้นขาเป็นไปตามทฤษฎีของ กระดูกต้นขาหักเนื่องจากการหักจะทำให้ ระยะของกระดูกสั้นลงจากกระดูกอาจจะ มีการแยกกัน ทำให้สั้นลง จึงทำให้ มองเห็นขาภายนอกสั้นลงและบะออก
การวินิจฉัยโรค	Close Fracture intertrochanter right leg.	Close Fracture right neck of femur.	กรณีศึกษาทั้งสองราย เกิดการหัก ของกระดูกแบบปิดเหมือนกัน ตำแหน่งของการหักของกระดูก ต้นขาแตกต่างกัน	กระดูกต้นขาประกอบด้วยกระดูกหลาย ส่วนตำแหน่งที่หักของกระดูกต้นขา แตกต่างกันเมื่อเอกซเรย์ พบตำแหน่งที่ ต่างกันจึงเรียกชื่อแตกต่างกันตาม ตำแหน่งที่หัก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1-2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์
การรักษา	ผ่าตัดชนิด Open Reduction and Internal Fixation with Proximal femoral nail Antirotation right intertrochanteric femur (ORIF with PFNA right intertrochanteric femur)	ผ่าตัดชนิด Bipolar hemiarthroplasty right femur.	กรณีที่ 1 เป็นการผ่าตัดเปิดเข้าไปจัดเรียงกระดูกและคานด้วยแผ่นเหล็ก โดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้าสะโพก กรณีที่ 2 เป็นการผ่าตัดเข้าไปเพื่อเปลี่ยนหัวสะโพก และเบ้าสะโพกเทียม	กรณีที่ 1 มีความเสียหายของกระดูกไม่มาก หัวกระดูกและเบ้าสะโพกแข็งแรงดี ไม่เปลี่ยนจำเป็นต้องเปลี่ยน จึงผ่าตัดเปิดเข้าจัดเรียงกระดูกและใส่แผ่นเหล็กตามไว้ กรณีที่ 2 หัวกระดูกและเบ้ากระดูกเกิดความเสื่อม และมีภาวะหักร้าวด้วยจึงต้องผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนใหม่ทั้งหมด ทำให้แผลผ่าตัดใหญ่กว่า ผ่าตัดนานกว่า เสียเลือดมากกว่า
ผลการรักษา	1.แผลหายดี 2.กระดูกติดกันดี 3.เดินได้ปกติ 4.ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1.แผลหายดี 2.กระดูกไม่ติด 3.เดินไม่ได้ 4. แผลกดทับ ดิฉีเชื้อทางเดินปัสสาวะ	กรณีที่ 1 ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจผลการรักษา กรณีที่ 2 พบภาวะแทรกซ้อนญาติเข้าใจและยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตั้งแต่การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด	กรณีที่ 1 อายุน้อยไม่มีโรคประจำตัว ผ่าตัดเล็กกว่าการฟื้นฟูการหายของแผล การเชื่อมติดกันของกระดูกดีกว่า กรณีที่ 2 ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวอยู่ในภาวะพึ่งพิงทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลตัวเองเพื่อการฟื้นฟูหลังการผ่าตัดลดลงจึงเกิดภาวะแทรกซ้อน
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะก่อนผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายจากปวด 2.มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3.อาจเกิดแผลกดทับเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว	1.ไม่สุขสบายจากปวด 2.มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3.อาจเกิดแผลกดทับเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว 4.มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ	กรณีที่ 2 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากกว่าสัมพันธ์กับโรคประจำตัว และสูงอายุ ที่แตกต่างกันไปจาก กรณีที่ 1 คือ 1.มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ 2.มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (K 2.25) 3.มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Na 125) กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลและการพยาบาล ได้รับการแก้ไขข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมดก่อนเข้ารับการผ่าตัด	1.ความปวดความไม่สุขสบายพบได้จากการได้รับบาดเจ็บของเส้นประสาทและเนื้อเยื่อ 2.การผ่าตัดถือเป็นการรักษาที่ใหญ่ผู้ป่วยและญาติย่อมมีความวิตกกังวลเป็นเรื่องปกติหากได้รับข้อมูล ความรู้จะทำให้คลายความกังวลลงได้ 3.แผลกดทับสามารถเกิดได้กับบุคคลที่นอนติดเตียงไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน ๆ ความเปียกชื้นและการเสียดสีจะทำให้การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1-2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์
		5.มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (K2.25) 6.มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Na125)		4.คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดจังหวะชนิดนี้เกิดจากความคิดปกติของแหล่งกำเนิดกระแสไฟฟ้าในหัวใจพบได้ในผู้สูงอายุ 5.ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกายเกิดจากการได้รับไม่เพียงพอและการขับออกมากเกินไป จากการสอบถามผู้ป่วยคาดว่าน่าจะเกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อย
ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด	1.อาจเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด 2.ไม่สุขสบายจากปวด 3.อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด หรือในร่างกายเนื่องจากมีสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย 4.อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อเล็กลีบ ข้อยึดติด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ	1.อาจเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด 2.ไม่สุขสบายจากปวด 3.อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัดหรือในร่างกายเนื่องจากมีสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย 4.อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อเล็กลีบ ข้อยึดติด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการดมยาสลบสัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF with MVR	กรณีที่ 2 พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมากกว่าที่แตกต่างคือ 1. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับการดมยาสลบสัมพันธ์กับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF with MVR กรณีที่ 1 ได้รับการแก้ไขข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทุกข้อ กรณีที่ 2 ได้รับการแก้ไขข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 3 และข้อที่ 5 ส่วนข้อที่ 4 ได้รับการแก้ไขไม่หมด เนื่องจากผู้ป่วยยังนอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดแผลกดทับ และ มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	จะเห็นได้ว่า กรณีที่ 1 มีร่างกายที่แข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem ,1955) มาส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้รับการแก้ไขสมบูรณ์ กรณีที่ 2 ผู้ป่วยอยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันตัวเองได้ทั้งหมดตั้งแต่แรกเพราะฉะนั้นการใช้ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็ม (Orem,1955) จะไม่ได้ผล จึงควรใช้ทฤษฎีการดูแลแบบองค์รวมเพิ่มเติม เนื่องจากการมีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับโรคประจำตัวอัลไซเมอร์ผู้ป่วยจะหลงลืม ไม่สามารถจำคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัว และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงทำให้ไม่เกิดการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยติดเตียง และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกรณีศึกษารายที่ 1-2 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ	การวิเคราะห์
ผลของกระบวนการ	ได้รับการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลครบถ้วนแล้วสิ้นสุดปัญหาทางการพยาบาล	ได้รับการแก้ไขปัญหาทางการพยาบาลแต่ยังไม่สิ้นสุดยังมีปัญหาการพยาบาลยังคงอยู่ เรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด	กรณีที่ 1 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ กรณีที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด คือนอนติดเตียง เกิดแผลกดทับ เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	จากการนำทฤษฎีการพยาบาลโอเร็มมาร่วมกระบวนการพยาบาล กรณีที่ 1 มีการรับรู้ปกติ มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้เป็นอย่างดี มีบางระยะของการเจ็บป่วยที่ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลงการเข้าไปช่วยบางส่วน ส่งเสริม แนะนำ ทำให้ความสามารถในการดูแลตัวเองกลับมาเป็นปกติ การพยาบาลและการรักษาจึงมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจในการรักษาทั้งผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่ กรณีที่ 2 ผู้ป่วยมีความจำ และการรับรู้ที่ลดลง ความสามารถในการดูแลตัวเองลดลง ทำให้การใช้ทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มไม่ประสบความสำเร็จ จึงได้นำการพยาบาลแบบองค์รวมเข้ามามีส่วนร่วม กระตุ้นให้ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น
การพัฒนาแนวทางในการดูแล และป้องกันการเกิดกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุ	แนะนำป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานและอุบัติเหตุจราจร	แนะนำป้องกันอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม และอุบัติเหตุจราจร	กรณีที่ 1 เป็นวัยที่สามารถประกอบอาชีพได้ และจับจิกยานพาหนะได้ กรณีที่ 2 กลุ่มสูงอายุ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การทรงตัวลดลงจึงต้องระวังเรื่องการพลัดตกหกล้ม	จัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเน้นให้เห็นคุณค่าและความสำคัญของผู้สูงอายุ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในด้านต่าง ๆ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ อสม. เข้ากระตุ้นเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษา

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด จำนวน 2 ราย พบว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยจะเกิดประสิทธิภาพที่ดีหลังการผ่าตัดสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุดพบภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดผู้ป่วยจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้ มีการรับรู้ปกติ ไม่มีโรคประจำตัว ตามทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอเร็มได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด เรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด การฝึกเดิน และการออกกำลังกาย ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาภาวะกระดูกต้นขาหักโดยการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีการรับรู้ที่ผิดปกติ มีภาวะหลงลืม และอยู่ในภาวะพึ่งพิง การศึกษาครั้งนี้ได้นำมาพัฒนาแนวทางในการป้องกันการเกิดกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุในชุมชนโดยการให้คำแนะนำผู้ป่วย ผู้ดูแล ในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม จากการทรงตัวไม่ดีในผู้สูงอายุ และการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

วิจารณ์

1. จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่า การรักษากระดูกต้นขาหักแบบผ่าตัดสามารถทำให้การติดของกระดูกเร็วกว่าการให้ติดเองโดยธรรมชาติ ผู้ป่วยสามารถกลับมาหายและใช้ชีวิตได้ปกติภายใน 1 เดือน หลังการผ่าตัด แต่การผ่าตัดจะได้ผลดีในผู้ป่วยที่ไม่ภาวะกระดูกพรุน ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีภาวะเสี่ยง หากมีปัจจัยที่กล่าวมานี้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากกว่าการหายเป็นปกติ และการนำทฤษฎีทางการ

พยาบาลมาใช้เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การเกิดกระดูกต้นขาหักในผู้สูงอายุสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม สามารถส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ และสามารถป้องกันการเกิดได้โดยการป้องกันอุบัติเหตุ เนื่องจากผู้สูงอายุมิการทรงตัวที่ลดลง การมองเห็นที่ลดลง เพราะฉะนั้นควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อม ให้สะอาด ไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดิน สร้างราวจับที่มั่นคงในทางเดินที่ผู้สูงอายุใช้บ่อย ทำพื้นทางเดิน พื้นบ้าน และห้องน้ำให้แห้งเสมอ และสนับสนุนให้ลูกหลาน ผู้ดูแล ผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การให้ความรู้ให้คำแนะนำเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การออกกำลังกาย หลังการผ่าตัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและหายใกล้เคียงปกติได้ จึงควรนำการพยาบาลและแนวทางการปฏิบัติเหล่านี้ไปใช้กับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ใกล้เคียงกัน

2. ผู้ป่วยที่ประเมินแล้วที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสูง เช่นการติดเดียว การเกิดแผลกดทับ ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่นเดียวกับกรณีที่ 2 พยาบาลควรเข้าไปให้การพยาบาลมากขึ้น สนับสนุนส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หมั่นให้คำแนะนำ กระตุ้นให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. จากกรณีศึกษาทั้งสองจะเห็นได้ว่าการป้องกันกระดูกหักสามารถทำได้โดยการป้องกันในกลุ่ม

วัยทำงานประชาสัมพันธร์ดณรงค์ให้ป้องกันอุบัติเหตุจราจร และอุบัติเหตุจากการทำงาน ส่วนในผู้สูงอายุแนะนำการจัดสภาพแวดล้อม การจัดบ้านที่อยู่อาศัยเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

4. ในกระบวนการพยาบาลทุกระยะควรนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายในการศึกษารั้ครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้จะเห็นประสบความสำเร็จในกรณีนี้ 1 เนื่องจากเป็นทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ จะมีบางช่วงที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ พยาบาลจึงควรให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลตัวเองเพิ่มเติมก็สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาดูแลตัวเองได้

บรรณานุกรม

1. April Reynolds. The Fracture Femur. Radiologic Technology. 2013;84(1):273-91.
2. Harty JA, MCKena P, Molony D, Souza LD, Masterson E. nti-platelet agents and surgical delay in elderly patients with hip fractures. J Orthop Surg (Hong Kong). 2007;15(3):270-2.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย วันที่ 31 ธันวาคม 2562. [ออนไลน์]. 2562.เข้าถึงได้จาก : <http://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/275>. [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2565].
4. ยศ เขียวอมร. อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราตายปีแรกของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ผ่าตัดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2564;40(1):439-48.
5. ปริญา ปริญาณัฐ, บุรภัทร สังข์ทอง. เรื่อง Pelvic exanguination. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.http://medinfo2.psu.ac.th. [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2565].
6. วัชระ วิไลรัตน์. กระดูกต้นขาหัก. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://ortho.md.chula.ac.th/student/SHEET/fixfemur.html>. [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2565].
7. วรณี สัตยวิวัฒน์. [บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส, 2561.
8. มรรยาท ณ นคร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุในร่างกาย. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553.
9. พารุณี วงษ์ศรี, ทิปัทสน์ ชินตาปัญญากุล. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561;10(1):209-19.
10. กิรณา ภักดีฉนวน, ตาณิกา หลานวงศ์, ประภาพร ชุกาเหนิด. การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565;42(2):34-47.
11. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพในการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสาร สมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2556;31(2):100-10.
12. กุลภัทร จุลสำลี. หลักพื้นฐานในกระดูกพื้นฐานกระดูกหักข้อเคลื่อน. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : www.http://med.mahido.ca.th. [สืบค้นวันที่ 20 ธันวาคม 2565].

13. สมปรรธนา คลังบุญครอง. การพยาบาลผู้ป่วย
กระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสาร
โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):154-63.