



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หอผู้ป่วยนอมนกเกล้า 2 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก ๐๐๓๓.๒๐๓.๐๘๔

วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางนาทกัลยา คีรีเมฆ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก จักษุ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรังและหลังผ่าตัดมีภาวะแคลเซียมต่ำ: กรณีศึกษา เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณสุขผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่และอนุญาตให้เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

นทกัลยา คีรีเมฆ

(นางนาทกัลยา คีรีเมฆ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สพท. สุพรรณ
(นางสาวสุพัตรา ธรรมธัญฐาน)
หัวหน้าพยาบาล

อ.วิระศักดิ์

(นายวิระศักดิ์ ห่อทองคำ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
๒๓ ก.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. 2566
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง	
ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต วัน/เดือน/ปี : 19 กรกฎาคม 2567 หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรังและหลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน แคลเซียมต่ำ: กรณีศึกษา Link ภายนอก : หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล หากกนก ตีร์เมฆ (นางนาทกัลยา ตีร์เมฆ) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วันที่..... 19.กค. 2567	ผู้พิจารณารับรอง ๕ (นายแพทย์ทปปณ สัมปทณรักษ์) ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา วันที่..... 24-7-67
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายวุฒิชัย ช่างคิด) ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ วันที่..... 24 ก.ค. 2567	

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรังและหลังผ่าตัด

มีภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมต่ำ : กรณีศึกษา

(Nursing care of patients with Chronic Renal Failure Undergoing Parathyroidectomy Complicated by Hypocalcemia : A case study)

นาทกัลยา ศิริเมฆ พว.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานสูงแบบทุติยภูมิมักพบในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังนำไปสู่ปัญหาความไม่สมดุลของแร่ธาตุต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระดับแคลเซียมในเลือด ซึ่งแคลเซียมมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการทำงานของหลอดเลือด กล้ามเนื้อ และการเต้นของหัวใจ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรังและหลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมต่ำ

วิธีการศึกษา : ผู้ศึกษากำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรังและหลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมต่ำ 2 ราย ศึกษาข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนและบันทึกทางการพยาบาลที่สะท้อนปัญหาทางการพยาบาล กระบวนการดูแล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นกับกรณีศึกษา

ผลการศึกษา : กรณีศึกษาทั้งสองรายมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ การเสียสมดุลแคลเซียมในเลือดและได้รับ การดูแลเพื่อเฝ้าระวังและจัดการแก้ไขได้ทันท่วงที ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะดังกล่าว และได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคมอย่างเหมาะสมกับธรรมชาติของกรณีศึกษาแต่ละรายที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ โรคไตวายเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีคุณภาพมากที่สุด

สรุปและข้อเสนอแนะ : พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงควรมีแนวทางการดูแลเพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการดูแลปัญหาทางการพยาบาลอื่น ๆ ตามบริบทของปัจเจกบุคคลของกรณีศึกษาทั้งสองรายแบบองค์รวม

คำสำคัญ : พาราไทรอยด์สูงแบบทุติยภูมิ ไตวายเรื้อรัง ภาวะแคลเซียมต่ำ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยนอมนกเกล้า 2 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Abstract

Introduction: Secondary hyperparathyroidism is commonly observed in patients with chronic renal failure, leading to mineral imbalances, particularly in blood calcium levels. Calcium is essential for vascular function, muscle tone, and heart rhythm regulation.

Objective: To examine the nursing care of patients undergoing parathyroidectomy with comorbid chronic renal failure and subsequent hypocalcemia complications.

Methods: This study focuses on two patients with chronic renal failure undergoing parathyroidectomy complicated by hypocalcemia. Clinical data were collected from medical records, nursing notes, and interdisciplinary team records to identify nursing problems, care processes, and outcomes.

Results: Both case studies highlighted significant nursing issues related to blood calcium imbalance, which were effectively managed through vigilant monitoring and timely intervention. The patients were safely managed without severe complications and received appropriate psychosocial support tailored to their chronic illness conditions, enhancing their quality of life.

Conclusion and Recommendations: Nurses play a critical role in preparing patients for surgery and providing postoperative care. Developing guidelines for monitoring and managing potential complications, as well as addressing nursing issues holistically in the context of each patient's individual circumstances, is essential for optimal patient outcomes.

Keywords: Secondary hyperparathyroidism, Chronic renal failure, hypocalcemia

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติชนิดทุติยภูมิ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากโรคไตเรื้อรัง ซึ่งพยาธิสภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความผิดปกติของการเผาผลาญแร่ธาตุ โดยเฉพาะแคลเซียม ฟอสฟอรัสและวิตามินดี ซึ่งควบคุมโดยพาราไทรอยด์ฮอร์โมน (Mizobuchi.M, Ogata.H, Koiwa.F, 2019) ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในปริมาณที่สูงกว่าปกติ ถึงแม้ว่าต่อมพาราไทรอยด์จะไม่มี ความผิดปกติใดๆ เมื่อเกิดความผิดปกติจากการหลั่งฮอร์โมนต่อมพาราไทรอยด์จะทำงานมากผิดปกติ ส่งผลต่อระดับแคลเซียมในเลือด (รัตน จารุวรรณ, 2560) โดยระดับแคลเซียมในเลือดจะสูงขึ้น ซึ่งแคลเซียมมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมการทำงานของหลอดเลือด กล้ามเนื้อ และการทำงานของหัวใจ ภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานสูงแบบทุติยภูมิพบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกไตเป็นเวลานาน ซึ่งแนวโน้มที่จะเกิดภาวะต่อมพาราไทรอยด์สูงแบบทุติยภูมิจะเพิ่มสูงขึ้น ตามระยะเวลาที่ได้รับการฟอกไต (กรรณา จันทรมิตรสกุล, 2564) การรักษาจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดอันตรายจากภาวะแคลเซียมในเลือดสูง การรักษาเริ่มต้นจากการใช้ยา เช่น วิตามินดี ยากำจัดระดับฟอสเฟต และแคลเซียม หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ต้องทำการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ออก เพื่อควบคุมระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (ไวยวริญ อธิพัทธรณ์, 2566) การผ่าตัดนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นผลมาจากระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ต่ำลง หรือการขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมพาราไทรอยด์ที่ถูกตัดออก ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และภาวะแทรกซ้อนนี้อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในปี พ.ศ. 2562 - 2566 จำนวน 50, 34, 44, 36, และ 29 รายตามลำดับ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมในเลือดต่ำแบบรุนแรงร้อยละ 10, 8.82, 11.3, 5.56, และ 0 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต, 2567) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ระยะก่อนและหลังผ่าตัด ระยะวิกฤต และระยะฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการวางแผนเตรียมจำหน่าย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรัง โดยทีมพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากการเสียสมดุลของการควบคุมแคลเซียม ตลอดจนการดูแลปัญหาทางการพยาบาลอื่น ๆ ตามบริบทของปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรังและหลังผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมต่ำ : กรณีศึกษา
2. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดพาราไทรอยด์ที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรัง และหลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมต่ำ

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

1. ศึกษาเชิงคุณภาพในรูปแบบกรณีศึกษา ใช้วิธีการสุ่มเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ป่วย 2 ราย เป็นตัวแทนในการศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์และมีภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด

2. กำหนดประเด็นปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยจากเวชระเบียน บันทึกทางการพยาบาล และบันทึกของทีมนสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่สะท้อนปัญหาทางการพยาบาล กระบวนการดูแล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด จนกระทั่งจำหน่าย

3. ศึกษาค้นคว้าการใช้กรอบแนวคิดแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Potter et al., 2021) การประเมินภาวะสุขภาพตามทฤษฎี 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, M. 2014)

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยแยกแยะข้อมูลเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประเด็นปัญหาทางการพยาบาล และนำมาเขียนสรุปเป็นกรณีศึกษาในรูปแบบการพรรณนา โดยมีโครงสร้างของรายงานกรณีศึกษาประกอบด้วยบทนำ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอธิบายกรณีศึกษา วิเคราะห์และวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนและให้การพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ และสรุปผลการศึกษาและจัดทำเป็นเอกสารเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้ผ่านการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจาและลายลักษณ์อักษร ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา กรณีศึกษาทั้งสองกรณีไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมศึกษาเป็นความลับ

พยาธิสภาพและการรักษา

ต่อมพาราไทรอยด์มีทั้งหมด 4 ต่อม โดยแบ่งเป็นคู่บน (Superior glands) และคู่ล่าง (Inferior glands) ด้านซ้ายและด้านขวา แต่ละต่อมมีขนาดประมาณ 5*3*2 มิลลิเมตร โดยมีการเจริญมาจากเนื้อเยื่อชั้น endoderm ของ pharyngeal pouch ที่ 3 และ 4 โดยที่ต่อมคู่บนเจริญมาจาก pharyngeal pouch ที่ 4 พร้อมกับต่อมไทรอยด์และต่อมคู่ล่าง เจริญมาจาก pharyngeal pouch ที่ 3 พร้อมกับต่อมไทมัส (Thymus) ต่อมพาราไทรอยด์มีหน้าที่หลักในการสร้าง parathyroid hormone (PTH) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่เมื่อหลั่งออกจากต่อมแล้วสามารถออกฤทธิ์ได้ทันที ไม่มีการเก็บสะสมไว้ในต่อมโดยหลังจากเข้าสู่กระแสเลือดไม่นานก็จะถูกทำลายตามกระบวนการเมตาบอลิซึมและขับทิ้งจนหมดภายในเวลา 2 ชั่วโมง (กรรณา จันทรมิตรสกุล, 2564) โดยปกติต่อมพาราไทรอยด์จะทำงานตลอดเวลาและจะหยุดหลั่งฮอร์โมนในกรณีที่มีระดับแคลเซียม ในเลือดมากกว่า 12 mg/dL ยกเว้นในรายที่มีพยาธิสภาพที่ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนมากผิดปกติจนทำให้การควบคุมการทำงานในส่วนนี้ผิดปกติไป หน้าที่หลักของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ คือควบคุมระดับของแคลเซียมและฟอสเฟต ในเลือดควบคุมไปกับการทำงานของฮอร์โมนอื่นๆ (ไวยวิริณทร์ อิทธิพิพัทธ์, 2566) มีผลต่อหลายอวัยวะในร่างกาย ได้แก่ กระดูก ไต ลำไส้

ภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงผิดปกติแบบทุติยภูมิ (Secondary hyperparathyroidism) หมายถึง ภาวะที่ต่อมพาราไทรอยด์ถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (PTH) ออกมาปริมาณมาก เนื่องจากความผิดปกติของระดับฟอสเฟต แคลเซียม และวิตามินดีในเลือด ต่อมพาราไทรอยด์มีหน้าที่ควบคุมระดับแคลเซียมในเลือด โดย PTH มีผลต่อการทำงานของไต กระดูก และลำไส้ กระตุ้นการดูดซึมแคลเซียมกลับและขับฟอสเฟต (Pitt SC, Sipple RS, Chen H, 2029) การทำงานผิดปกติของต่อมพาราไทรอยด์ทำให้เกิดภาวะ hyperparathyroidism มีการสร้าง PTH ออกมามากขึ้น ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักพบภาวะ secondary hyperparathyroidism จากภาวะไตวายในระยะสุดท้าย

อุบัติการณ์

พบภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงผิดปกติแบบทุติยภูมิ ได้มากถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

อาการและอาการแสดง

1. มีระดับ PTH สูงกว่าปกติ ตั้งแต่ 2 - 9 เท่า มักมีระดับฟอสเฟตในเลือดสูง และระดับแคลเซียมอาจต่ำกว่าปกติ หรือสูงก็ได้
2. ในระยะแรกมักไม่มีอาการ อาจมีอาการเมื่อเป็นมากขึ้น เช่น ปวดกระดูก กระดูกหัก คั่น ตะคริว กล้ามเนื้อ
3. ภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน แคลเซียมเกาะที่หลอดเลือด ลิ้นหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ

การรักษา

1. Medical treatment ได้แก่การลดระดับฟอสเฟสในร่างกาย การเพิ่มระดับวิตามินดีในเลือด และให้ยาลดระดับแคลเซียมในเลือดในกรณีที่ระดับแคลเซียมในเลือดสูงมาก
2. Surgical treatment ซึ่งมีข้อบ่งชี้ในกรณีที่ภาวะพาราไทรอยด์ฮอร์โมนสูงมากและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้เป็นระยะเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะ vascular and vascular calcification ซึ่งเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวแล้วแม้จะผ่าตัดตัดต่อมพาราไทรอยด์ออกก็ไม่สามารถทำให้ calcification ดังกล่าวหายไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการณีกศึกษา

1. แนวคิดแบบองค์รวม (Holistic Approach) แนวคิดแบบองค์รวมในการดูแลสุขภาพเป็นการพิจารณาผู้ป่วยในทุกมิติของชีวิต เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ การดูแลแบบองค์รวมช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีอย่างแท้จริงและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำเนิด, 2558) ทั้งนี้การประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ต้องอาศัยการประเมินที่ละเอียดรอบคอบ การวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้านและการดำเนินการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบของแนวคิดแบบองค์รวม ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย (Physical) : การดูแลและรักษาสภาพร่างกายของผู้ป่วย เช่น การจัดการอาการป่วยทางกาย การให้ยา การผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การพักผ่อนที่เพียงพอ

1.2 ด้านจิตใจ (Mental) : การดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วย เช่น การลดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การให้กำลังใจ การสนับสนุนในการรับมือกับความยากลำบาก และการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย

1.3 ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) : การดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น การสนับสนุนความเชื่อทางศาสนา และความศรัทธาของผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยมีความหวังและความหมายในชีวิต เช่น การให้คำปรึกษาทางจิตวิญญาณ การฟื้นฟูจิตใจให้เข้มแข็ง

1.4 ด้านสังคม (Social): การดูแลด้านสังคม เช่น การสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัว การสร้างเครือข่าย การสนับสนุนจากเพื่อนและชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมที่ชอบ การสนับสนุนการทำงานและการศึกษา

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามทฤษฎี 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional health patterns) (Gordon, M. 2014) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ช่วยให้เข้าใจภาวะสุขภาพและแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย โดยการประเมิน การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ (พฤติกรรมภายใน) และพฤติกรรมสุขภาพ (พฤติกรรมภายนอก) และวางแผนให้การดูแลในแบบแผนต่าง ๆ 11 แบบแผน ได้แก่ (1) การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ (2) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (3) การขับถ่าย (4) กิจกรรมและการออกกำลังกาย (5) การพักผ่อนนอนหลับ (6) สติปัญญาและการรับรู้ (7) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (8) บทบาทและสัมพันธภาพ (9) เพศและการเจริญพันธุ์ (10) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด (11) คุณค่าและความเชื่อ

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี อาการสำคัญ ผลตรวจระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid hormone : PTH) มีค่าเท่ากับ 1784.4 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลีย และใจสั่น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต่อมไทรอยด์ด้านขวามีก้อนร่วมกับต่อมพาราไทรอยด์โต (Right thyroid nodule with Parathyroid hyperplasia) ผู้ป่วยมีโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-stage renal disease : ESRD) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis : HD) จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และต่อมพาราไทรอยด์ด้านขวาก่อน (Right thyroidectomy with right parathyroidectomy) ก่อนผ่าตัดได้รับการดูแลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดจากทีมสหวิชาชีพ โดยการประสานงานของพยาบาลประจำตึก พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ แต่ได้รับการประเมินและให้การพยาบาล เพื่อแก้ไขได้ทันทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดจนปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้รับข้อมูล ให้กำลังใจในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันหลังผ่าตัดได้ตามปกติ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด เนื่องจากมีภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงผิดปกติ คือ มีค่าเท่ากับ 1267.7 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร และมีอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย มีประวัติเป็นโรคไตวายเรื้อรังมา 8 ปี โดยสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทำให้ไตได้รับบาดเจ็บ ปัจจุบันได้รับการรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) วันละ

4 ครั้ง โดยมีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยไม่มีครอบครัว อาศัยอยู่กับมารดา ช่วยค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่บ้าน ผู้ป่วยเป็นคนไม่ค่อยพูด ไม่ค่อยมีเพื่อนนับตั้งแต่ป่วย มักอยู่แต่ในบ้าน บางครั้งลืมนับรับประทานยา มารดาต้องคอยกำชับเป็นประจำ เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยแพทย์อายุรกรรมทางไต ส่งปรึกษาแพทย์ โสต ศอ นาสิก แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ (Hyperparathyroidism) แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคร่วมจากโรงพยาบาลใกล้บ้านได้รับการดูแลเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดจากทีมสหวิชาชีพ โดยการประสานงานของ พยาบาลประจำตึก พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือระดับแคลเซียมในเลือดต่ำได้รับการดูแลประเมินอาการ ให้การแก้ไขภาวะดังกล่าวได้ทัน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว และได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอื่น ๆ ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเช่นกัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยได้รับข้อมูล การให้กำลังใจและเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติในการกลับไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลผู้ป่วย	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี ภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ใน จังหวัดภูเก็ต อาศัยอยู่กับสามีและบุตรสาว มีโรคประจำตัวไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ไม่มีครอบครัว อาศัยอยู่กับมารดา มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก พุดน้อย หลังเกิดอุบัติเหตุ เก็บตัว ละเลยการรับประทานยา มารดาต้องคอยดูแล มีโรคประจำตัวไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง	1. กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีช่วงอายุแตกต่างกัน ปัจจัยด้านอายุจะส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด และส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูล การยอมรับ ภาวะการเจ็บป่วยของร่างกาย รวมถึงความร่วมมือในการรักษา 2. กรณีศึกษารายที่ 1 อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต มีความคุ้นชินกับโรงพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2 ส่งตัวจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด ต้องปรับตัวกับสถานที่ใหม่ กรณีศึกษาทั้งสองราย มีโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยนำของการเกิดโรค ตรงกับสาเหตุของโรคตามทฤษฎี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญ	ภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง (PTH) เท่ากับ 1784.4 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร (pg/mL) ร่วมกับมีอาการอ่อนเพลียและใจสั่น	ภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงผิดปกติ มา 1 ปี ค่า PTH เท่ากับ 1267.7 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร (pg/mL) ร่วมกับอาการเบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย	1. กรณีศึกษามีอาการแสดงที่แตกต่างกัน แต่เป็นอาการแสดงของการทำงานที่มีความผิดปกติของต่อมพาราไทรอยด์ 2. ผลการตรวจระดับ PTH สูงผิดปกติ เป็นผลมาจากต่อมพาราไทรอยด์ถูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่ง PTH มากกว่าปกติจากการมีความพร้อมของการดูดซึมเกลือแร่ต่าง ๆ ในร่างกายจากภาวะไตวาย
อาการปัจจุบัน	มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และตรวจพบระดับ PTH สูง ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ไม่ดีขึ้น แพทย์จึงนัดทำผ่าตัด	มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ระดับ PTH สูง รักษาทางยาไม่ดีขึ้น จึงถูกส่งตัวมาปรึกษาแพทย์ โสตศอนาสิก เพื่อทำผ่าตัด	กรณีศึกษามีระดับ PTH สูง รักษาทางยาไม่ได้ผล แพทย์จึงต้องรักษาโดยการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องล้างไต 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เคยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ซีกซ้ายบางส่วนออกเนื่องจากพบก้อน เมื่อ 20 ปีก่อน	เป็นโรคไตวายเรื้อรัง 8 ปี สาเหตุจากประวัติอุบัติเหตุทำให้ไตได้รับบาดเจ็บ ปัจจุบันได้รับการล้างไตทางช่องท้อง(CAPD)วันละ4ครั้ง	ต้องการรับบริการในโรงพยาบาลและต้องการได้รับความดูแลจากทีมผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงญาติไม่สะดวกดูแลล้างไตให้ที่บ้าน กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สะดวกเดินทางมาล้างไต ด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้อง ทำให้การสะสมของเสียในร่างกายน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการฟอกเลือด ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ชอบได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหารรวมถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ประวัติการแพ้ยา/ สารเคมี/ อาหาร	แพ้ยา Doxazocin และ Tetracycline	ไม่มีประวัติแพ้ยา	กรณีศึกษามีภูมิคุ้มกันที่ต่างกัน
อาการแรกเริ่ม	รู้สึกตัวดี มีอาการคอโตเล็กน้อย ไม่มีอาการใจสั่น มี Arteriovenous fistula : AVF ที่แขนด้านขวาได้รับการฟอกไต 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ที่โรงพยาบาลเอกชน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือด ตามรอบสัปดาห์ จากโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยคู่อ่อนเพลีย ปั่นเวียนศีรษะ	รู้สึกตัวดี ดูเหนื่อยเล็กน้อย เวลาทำกิจวัตรประจำวัน ผิวก่อนข้างซีด ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) วันละ 4 ครั้ง สามารถระบายน้ำออกได้ดี โดยมีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก และช่วยทำ CAPD ผู้ป่วยงดยา Aspirin ที่ได้รับประจำตามคำสั่งแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด และมีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (มีาลดความดันโลหิตจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน) คอไม่โต ไม่มีอาการใจสั่น	กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หลังจากฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเกิดจากการสูญเสีย น้ำในร่างกาย จากการฟอกเลือด ต้องการการสังเกตเฝ้าระวัง และติดตามอาการ กรณีศึกษารายที่ 2 สามารถล้างไต ต่อเนื่องได้เอง โดยไม่มีอาการผิดปกติ
การวินิจฉัยและการผ่าตัด	การวินิจฉัย Right thyroid nodule with parathyroid hyperplasia ทำผ่าตัด Right thyroidectomy with Right parathyroidectomy	การวินิจฉัยโรค Hyperparathyroidism ทำผ่าตัด Parathyroidectomy with implantation at Left SCM	กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการฝังเนื้อเยื่อของพาราไทรอยด์ที่กลัมนเนื้อ Sternocleidomastoid เพื่อลดการเกิดภาวะ permanent hypoparathyroidism

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ผลการตรวจทางห้องทดลอง	- เม็ดเลือดขาว 6,760 เซลล์/ลบ.มม. - ฮีโมโกลบิน 13 ก./ดล. - ฮีมาโตคริต 43.4 % - เกล็ดเลือด 280,00 เซลล์/ลบ.มม. - Prothrombin time (PT) 12.3 วินาที - Activated Partial Time (APTT) 25.6 วินาที - International Normalized Ratio (INR) 1.06 - BUN 19 มก./ดล. - Creatinine 3.78 มก./ดล. - GFR (CKD - EPI) 11.6 มล./นาที - โซเดียม 136 มิลลิโมล/ลิตร - โพแทสเซียม 3.63 มิลลิโมล/ลิตร - คลอไรด์ 103 มิลลิโมล/ลิตร - ไบคาร์บอเนต 24 มิลลิโมล/ลิตร - ไบคาร์บอเนต 23 มิลลิโมล/ลิตร - อัลบูมิน 3.2 ก./ดล. - แคลเซียม 9.9 มก./ดล. - ฟอสฟอรัส 7.8 มก./ดล.	- เม็ดเลือดขาว 6,860 เซลล์/ลบ.มม. - ฮีโมโกลบิน 7.0 ก./ดล. - ฮีมาโตคริต 20.9 % - เกล็ดเลือด 287,000 เซลล์/ลบ.มม. - ซีรัมเหล็ก (serum iron) 4.8 ไมโครโมล/ลิตร - ค่าเหล็กจับสูงสุด (TIBC) 25.3 ไมโครโมล/ลิตร - BUN 63 มก./ดล. - Creatinine 15.79 มก./ดล. - GFR (CKD - EPI) 3.7 มิลลิลิตร/นาที - โซเดียม 135 มิลลิโมล/ลิตร - โพแทสเซียม 4.06 มิลลิโมล/ลิตร - คลอไรด์ 95 มิลลิโมล/ลิตร - ไบคาร์บอเนต 23 มิลลิโมล/ลิตร - อัลบูมิน 3.2 ก./ดล. - แคลเซียม 9.9 มก./ดล. - ฟอสฟอรัส 7.8 มก./ดล.	กรณีศึกษามีภาวะค่าของ BUN, Creatinine สูง และ GFR ต่ำ จากโรคไตวาย ทำให้การกรองของเสียในร่างกายไม่ดี จากผลเลือดแสดงให้เห็นว่าการทำงานของไตกรณีศึกษารายที่ 1 ดีกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 กรณีศึกษารายที่ 2 ยังมีการดูดซึมธาตุเหล็กไม่ดี ผู้ป่วยมีภาวะซีด และยังมีภาวะแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดสูง ตรงตามทฤษฎีภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงผิดปกติชนิดทุติยภูมิ

ตารางที่ 1 เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลพยาธิสภาพและประวัติสุขภาพของกรณีศึกษา 2 ราย จะเห็นว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 กรณีมีส่วนที่คล้ายคลึงกัน ในด้านอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน โรคที่เป็นปัจจัยส่งเสริมโรคประจำตัว และมีความแตกต่างกัน ในเรื่องอายุ การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การรักษาโรคร่วม การผ่าตัด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสาเหตุการเกิดโรคและปัจจัยเสี่ยง

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
มีโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากการที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และรับประทานยาหลายชนิด เป็นระยะเวลานาน 10 ปี ได้รับการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คือ วันจันทร์ พุธ ศุกร์	มีโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมาเป็นเวลา 8 ปี จากการได้รับบาดเจ็บที่ไต เนื่องจากอุบัติเหตุจราจรได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) วันละ 4 ครั้ง	เมื่อมีความผิดปกติจากการหลังฮอร์โมน ทำให้ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ นำไปสู่ความไม่สมดุลของแร่ธาตุต่างในร่างกาย โดยเฉพาะระดับแคลเซียมในเลือดจะมีปริมาณสูงขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งแพทย์เลือกวิธีการผ่าตัด เนื่องจากรับประทานยาไม่ได้ผล กรณีศึกษาทั้งสองรายมีภาวะไตวายเรื้อรัง จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค แต่สาเหตุการเกิดโรคไตวายเรื้อรัง และวิธีการรักษาโรคไตวายเรื้อรังต่างกัน กรณีศึกษาที่ 1 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมา 10 ปี รับประทานยาหลายชนิด จนเป็นสาเหตุให้ไตวายเรื้อรัง และได้รับการรักษาโรคไตวายเรื้อรัง โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งภาวะการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์สูง พบได้บ่อยในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามระยะเวลาฟอกเลือด กรณีศึกษารายที่ 2 มีสาเหตุโรคไตวายเรื้อรัง จากอุบัติเหตุจราจรทำให้ไตได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะไตวายและรักษาโดยการล้างไตทางหน้าท้อง ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์สูง และกรณีศึกษาทั้งสองรายรักษาโดยการให้ยาไม่ได้ผล

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยตามลำดับเหตุการณ์

ลำดับเหตุการณ์	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ก่อนผ่าตัด	มีภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง 1,784.4 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร (pg/mL) ได้รับการวินิจฉัยว่าต่อมไทรอยด์ด้านขวามีก้อนร่วมกับต่อมพาราไทรอยด์โต ได้รับการเตรียมความพร้อมทางร่างกายโดยแพทย์อายุรกรรมโรคไต วิสัญญี และ ทีม Hemodialysis แผนการรักษาของแพทย์ คือ ให้เจาะ CBC, BUN, creatinine, electrolyte calcium, phosphorus, albumin ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด แพทย์ให้หยุดยา clopidogrel 7 วัน ก่อนผ่าตัด (ผู้ป่วยหยุดยามาจากบ้านตามแผนการรักษาของแพทย์) แพทย์ให้นัดคิว Hemodialysis ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต หลังทำการผ่าตัด ให้น้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เข้าวันผ่าตัดให้สารน้ำ เป็น 5% NSS 1000 cc. เข้าทางเส้นเลือดดำ 40 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Dexamethazone จำนวน 4 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดและวัดความดันโลหิตทุก 4 ชม. ถ้าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/110 mmHg ให้รายงานแพทย์และให้ยา Manidipine ครึ่งเม็ดรับประทานก่อนไปผ่าตัด	ภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง ผิดปกติมา 1 ปี (ค่าฮอร์โมนพาราไทรอยด์ 1,267.7 พิโคกรัมต่อมิลลิลิตร) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัด 2 วันเพื่อเตรียมความพร้อมทางร่างกายโดยการตรวจ EKG CXR เจาะ CBC , BUN, creatinine, electrolyte, Calcium, albumin, serum iron, TIBC ประเมินและเตรียมความพร้อมโดยแพทย์อายุรกรรมโรคไต วิสัญญีแพทย์ และทีม CAPD ทีมเภสัชกรเพื่อร่วมดูแล แพทย์ให้หยุดยา ASA 7 วัน (ผู้ป่วยหยุดยามาจากบ้านตามแผนการรักษาของแพทย์) ผู้ป่วยมีภาวะชืด แพทย์สั่งแก้ไขแผนการรักษาโดยให้ Leukocyte Poor Packed Red Cell (LPRC) จำนวน 1 ยูนิต ในเวลา 4 ชั่วโมง งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เข้าวันผ่าตัดให้สารน้ำ 0.45 % NSS 1,000 cc. เข้าทางเส้นเลือดดำ 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยา Manidipine (20 mg) 1 เม็ด และ Hydralazine (25 mg) 1 เม็ด ญาติและผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด สิ้นหน้ไม่สดชื่น หลังได้รับการคำอธิบายและให้กำลังใจ รวมถึงได้รับการเยี่ยมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงมีสีหน้าผ่อนคลายมากขึ้น

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยตามลำดับเหตุการณ์ (ต่อ)

ลำดับเหตุการณ์	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ระหว่างผ่าตัด	ทำผ่าตัด Right thyroidectomy with Right parathyroidectomy เสียเลือดระหว่างผ่าตัดประมาณ 100 มิลลิลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการผ่าตัด	ผ่าตัด Parathyroidectomy with implantation at left SCM เสียเลือดระหว่างผ่าตัด ประมาณ 50 มิลลิลิตร ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด
หลังผ่าตัด	เกิดภาวะแคลเซียมต่ำหลังผ่าตัด เนื่องจากถูกตัดต่อมพาราไทรอยด์ ซึ่งเป็นตัวสำคัญในการผลิตฮอร์โมนพาราไทรอยด์ที่เป็นกลไกสำคัญในการดูดซึมแคลเซียมในร่างกาย มีอาการชาปลายมือ และผลการตรวจระดับแคลเซียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ได้รับการดูแลแก้ไขโดยให้ 10% calcium gluconate ให้ทางหลอดเลือดดำติดตามอาการหลังได้รับยาอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งระดับแคลเซียมอยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ แพทย์ปรับยาให้เป็นยารับประทาน	เกิดภาวะแคลเซียมต่ำ เช่นกัน มีอาการชาที่ปลายมือ และบริเวณใบหน้า ได้รับการดูแลและแก้ไขโดยการให้ 10% calcium gluconate ให้ทางหลอดเลือดดำ ติดตามอาการข้างเคียงของยา และระดับแคลเซียมหลังได้รับยาอย่างใกล้ชิด จนกระทั่งระดับแคลเซียมเข้าเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ และได้รับยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน
การจำหน่าย	ระดับแคลเซียม กลับสู่ค่าใกล้เคียงปกติได้รับยากลับบ้าน เพื่อรักษาต่อเนื่อง ได้รับการนัดหมายติดตามอาการ และผลแคลเซียมในเลือดกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับข้อมูลและการให้กำลังใจมีความมั่นใจในการกลับไปดำเนินชีวิตประจำวัน ต่อโดยการสร้างสัมพันธภาพ และรับฟังความรู้สึกอย่างตั้งใจ เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และร่วมกันเลือกวิธีการแก้ปัญหา ร่วมกับทีมพร้อมทบทวนการปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	ระดับแคลเซียม เริ่มปรับตัวดีขึ้น ก่อนจำหน่าย นัดติดตามอาการ และเจาะเลือดซ้ำที่โรงพยาบาลต้นสังกัดได้รับข้อมูลและการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ดูแล จนมีความพร้อมในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน พร้อมทบทวนการปฏิบัติตัวขณะล้างไตทางช่องท้อง

ข้อมูลผู้ป่วยทางคลินิกของทั้งสองกรณี สะท้อนให้เห็นการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่สอดคล้องกับพยาธิสภาพของภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติจากโรคไตวายเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะแคลเซียมสูงก่อนผ่าตัด และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแคลเซียมต่ำหลังผ่าตัด เนื่องจาก ถูกตัดต่อมพาราไทรอยด์ ซึ่งเป็นตัวสำคัญของกลไกการดูดซึมแคลเซียมในร่างกาย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแล เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะทีมพยาบาล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนการดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาล

มิติการพยาบาล	แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
ด้านร่างกาย	1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลตนเอง	อายุมาก ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานาน รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตนเองได้ดี มีความกังวลว่าตนเองอายุมาก หลังผ่าตัดจะฟื้นตัวได้ช้า	อายุยังน้อยเกิดโรคเรื้อรังจากอุบัติเหตุ การยอมรับภาวะสุขภาพไม่ค่อยดี ละเลยการดูแลตนเอง มารดาต้องติดตามดูแล ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด
	2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	รับประทานอาหารเฉพาะโรค สำหรับผู้ป่วยไตวายได้ แต่การดูดซึม และเผาผลาญไม่ดี จากพยาธิสภาพของโรคไต	รับประทานอาหารได้ ไม่มีการควบคุมอาหาร เลือก รับประทานอาหารที่ชอบ การเผาผลาญและการดูดซึมไม่ดี จากภาวะไตวายเรื้อรัง
	3. การขับถ่ายของเสีย	ไม่มีปัสสาวะ ขับถ่ายของเสีย โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การขับถ่ายอุจจาระปกติ	ไม่มีปัสสาวะ ขับถ่ายของเสีย โดยการล้างไตทางหน้าท้อง
	4. กิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกาย	ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ มีบุตรคอยดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เดินออกกำลังกายทุกวันเสาร์ และอาทิตย์	ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้เอง ไม่ออกกำลังกาย
	5. การพักผ่อนนอนหลับ	นอนไม่ค่อยหลับ ตั้งแต่ก่อนเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากกังวลกับการต้องตื่นเพื่อเตรียมตัวไปฟอกเลือด และมีความปวดหลังทำผ่าตัด	นอนหลับได้ตามปกติ วันละประมาณ 5 - 8 ชั่วโมง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนการดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาล (ต่อ)

มิติการพยาบาล	แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	6. สถิติปัญหาและการรับรู้	รับรู้และพูดคุยรู้เรื่อง รับทราบ ปัญหาความเจ็บป่วยของตนเอง และพยายามช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด รับรู้ว่าตนมีภาวะผิดปกติของการทำงานของต่อมพาราไทรอยด์ ต้องได้รับการผ่าตัด	พูดคุยรู้เรื่อง รับรู้ว่าโรงพยาบาลต้นสังกัด ส่งตัวมาผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ช่วยเหลือตัวเองได้ดี แต่ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง
ด้านจิตใจและด้านสังคม	7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	รู้ว่าตนเองป่วย มีโรคเรื้อรังหลายโรค ต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขการทำงานที่ผิดปกติของต่อมพาราไทรอยด์ ต้องรักษาโรคไธรวายเรื้อรัง ด้วยการฟอกเลือดตลอดชีวิต	รู้ว่าตนเองป่วย แต่ยังรับสถานะไม่ค่อยได้ หลังป่วยเก็บตัว พูดน้อยลง และไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพ รับรู้ว่าตนเองต้องล้างไตตลอดชีวิต และถ้าเกิดการติดเชื้อมีโอกาสที่จะต้องเปลี่ยนการล้างไตทางหน้าท้อง เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
	8. บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	อาศัยอยู่กับสามีและบุตร ทุกคนในครอบครัวให้ความรักและดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยดี	ไม่มีครอบครัว อาศัยอยู่กับมารดา มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ช่วยมารดาค้าขายเล็กๆ น้อยๆ ในบ้าน มารดาดูแลห่วงใยและเอาใจใส่ดี
	9. เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	อายุมาก ไม่มีเพศสัมพันธ์	ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ป่วยไม่มีครอบครัว
	10. การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด สามารถปรับตัวยอมรับการผ่าตัดได้ พูดคุยสอบถามแสดงความรู้สึกและบอกความต้องการของตนเองได้ มีครอบครัวคอยดูแลให้กำลังใจ	ไม่ค่อยแสดงความรู้สึก เก็บตัว แต่สามารถปรับตัวยอมรับการผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการให้ การพยาบาล เนื่องจากได้รับข้อมูลเบื้องต้นจากแพทย์ที่ดูแลและส่งตัวมาผ่าตัด ช่วงท้ายของการอยู่โรงพยาบาล พูดคุยและสอบถามข้อมูลจากทีมบ้าง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนการดูแลเพื่อวางแผนการพยาบาล (ต่อ)

มิติการพยาบาล	แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษาครั้งที่ 1	กรณีศึกษาครั้งที่ 2
ด้านจิตวิญญาณ	11. คุณค่าและความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ ขณะเข้านอนโรงพยาบาล สวดมนต์ก่อนนอน ทุกคืน เชื่อในเรื่องบาป บุญ และผลกรรม	นับถือศาสนาอิสลาม มีการทำพิธีทางศาสนาตามเวลาทุกวัน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินภาวะสุขภาพ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาแบบแผนภาวะสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ในเรื่องโภชนาการและการเผาผลาญ การขับถ่ายของเสีย สติปัญญาและการรับรู้ คุณค่าความเชื่อ และแบบแผนที่แตกต่างกัน คือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง การพักผ่อนนอนหลับ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ขอเน้นแผนการดูแลที่สำคัญ เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาล คือ แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ และแบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด ทาง ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมข้อมูลนำสู่การวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 มิติ คือ ร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ของกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
ก่อนผ่าตัด ด้านจิตใจ (กรณีเหมือนกัน) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : วิตกกังวล เนื่องจากมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด	การพยาบาล : 1. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยสังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามถึงความกังวลใจของผู้ป่วย	การประเมินผล : ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล บอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
ข้อมูลสนับสนุน: กรณีศึกษาตอนที่ 1 1. ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลบ่อย 2. ถ้ามถึงการผ่าตัด บอกว่ากลัวตนเองจะฟื้นตัวช้า เนื่องจากอายุมากและมีโรคร่วมหลายโรค กรณีศึกษาตอนที่ 2 1. ป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งแต่อายุน้อย 2. มารดาสอบถามการผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล วัตถุประสงค์ : ลดความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติฟังร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจถึงเรื่องโรคที่เป็นกับการผ่าตัดพาราไทรอยด์ ข้อดี ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด 3. ให้ข้อมูลแก่ญาติถึงสิ่งที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยมและเฝ้าดูแลผู้ป่วย	การวิเคราะห์ : ตรงกับแบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองดังนี้ กรณีศึกษาตอนที่ 1 เป็นผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังมา 10 ปี ค้นเคยกับโรงพยาบาล เข้าใจและยอมรับสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองได้ดี จะมีความกังวลแค่ตนเองอายุมากจะฟื้นตัวช้า เมื่อได้รับข้อมูลและกำลังใจผู้ป่วยมีความมั่นใจและพร้อมไปผ่าตัด กรณีศึกษาตอนที่ 2 ยังไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์ พูดน้อย การสร้างสัมพันธ์ภาพต้องใช้เวลา และมีความยุ่งยากมากกว่า บางครั้งต้องคอยสังเกตเองว่าผู้ป่วยรับฟังข้อมูลหรือไม่ และต้องอาศัยมารดาช่วยเป็นสื่อกลางในการให้ข้อมูลการเตรียมผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แต่ช่วงหลังมีปฏิสัมพันธ์มากขึ้น พูดคุยและตอบคำถามบ้าง ถ้ามถึงข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน
ด้านจิตใจ (กรณีที่แตกต่างกัน) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : กรณีศึกษาตอนที่ 2 1. การรับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตนเองไม่ดีทำให้มีความพร้อมในการดูแลตนเอง	การพยาบาล : 1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย พูดคุยด้วยความเป็นกันเอง รวมถึงการสร้างควมไว้วางใจในตัวเอง	การประเมินผล: 1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น รับฟังคำแนะนำและมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
2.มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวังในชีวิต ข้อมูลสนับสนุน: 1. อายุน้อย เป็นโรคไตวายเรื้อรังจากการเกิดอุบัติเหตุจากรถ ทำให้ได้บาดเจ็บ 2. มารดาเล่าว่าหลังเกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยพูดน้อยลง ไม่ค่อยออกไปไหน ไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพ ละเลยการรับประทานยา มารดาต้องคอยกำชับเรื่องยาและการดูแลสุขภาพ วัตถุประสงค์ : 1.ส่งเสริมการรับรู้สภาวะการเจ็บป่วย 2.ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	2. ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยในการดูแลของทีม 3. ให้ญาติ ช่วยเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลกับผู้ป่วย	2. ยึดมากขึ้น มีการพูดคุยโต้ตอบมากขึ้น ระบุและต้องการของตนเองให้ทีมทราบได้ การวิเคราะห์ : ตรงกับแบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เนื่องจากกรณีศึกษารายที่ 2 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจากอุบัติเหตุจากรถ การปรับตัวและยอมรับในการเปลี่ยนแปลง รวมถึงภาพลักษณ์ของตนเองได้ไม่ดี ผู้ป่วยจึงแยกตัวพูดน้อยลง และไม่สนใจสุขภาพตนเอง มีภาวะสิ้นหวังไม่มีจุดหมายในชีวิต
หลังผ่าตัด ด้านร่างกาย (กรณีเหมือนกัน) 1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีภาวะแคลเซียมต่ำ เนื่องจากการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ออก ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษารายที่ 1 มีชาปลายมือ ระดับแคลเซียมในเลือด 7.4 mg/dL (ค่าปกติ 8.4 - 10.2 mg/d)	การพยาบาล : 1. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น ชาใบหน้า ชาปลายมือปลายเท้า มือจีบเกร็ง กระตุก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ วิงเวียนศีรษะ ชัก เหนื่อยหรือหุดหายใจ	การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ 2.ระดับแคลเซียมในเลือดเข้าเกณฑ์ตามแพทย์กำหนด การวิเคราะห์ : กรณีศึกษาเกิดภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
กรณีศึกษาตอนที่ 2 มีชาปลายมือและไบหน้า ระดับแคลเซียมในเลือด 7.8 mg/dL (ค่าปกติ 8.4 - 10.2 mg/dL) วัตถุประสงค์ : ๑. ระดับแคลเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ๒. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายของภาวะแทรกซ้อนแคลเซียมต่ำ	2. บริหารยา ปรับสมดุลแคลเซียมตามแผนการรักษา โดยดูแลให้ผู้ป่วย 10% Calcium gluconate ให้ทางเส้นเลือดดำ พร้อมทั้งสังเกตอาการผิดปกติหลังได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ผื่นแดง หายใจลำบาก 3. บันทึกสัญญาณชีพทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบอากาศเปลี่ยนแปลง 4. เจาะเลือด พร้อมทั้งติดตามค่าแคลเซียม รายงานแพทย์ทราบ 5. ดูแลเรื่องความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุ หากผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง 6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการเฝ้าระวังอาการภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ อาการชาปลายมือ ปลายเท้า มือจีบ เกร็ง อาการสั่น กระตุกของกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการให้แจ้งพยาบาลทันที เพื่อประเมินผู้ป่วย รายงานแพทย์ได้ทันเวลา 7. ดูแลให้ได้รับยา CaCO_3 และ Calcitriol ตามแผนการรักษา	เนื่องจากถูกตัดต่อมพาราไทรอยด์ ซึ่งเป็นตัวสำคัญในการผลิตฮอร์โมนพาราไทรอยด์ ที่เป็นกลไกสำคัญในการดูดซึมแคลเซียมในร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเกิดโรค

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนจากการบวมของเนื้อเยื่อหรือมีเลือด ออกได้ผิวหนัง ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษาตอนที่ 1 มีแผลผ่าตัดที่คอ บ่นกลืนน้ำลายไม่ค่อยลง กรณีศึกษาตอนที่ 2 มีแผลผ่าตัดบริเวณลำคอ บ่นแน่นที่ในคอเล็กน้อย วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดออกซิเจน	การพยาบาล : 1. บันทึกสัญญาณชีพ และปริมาณออกซิเจนในร่างกาย ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่ 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ประเมินภาวะขาดออกซิเจน โดยสังเกตการหายใจ เสียงดังครืดคราด หรือหายใจช้า ปลายมือปลายเท้าคล้ำ เย็น ริมฝีปากคล้ำ หรือซีด มีนงง สับสน ซึมลง เหงื่อแตก หยุดหายใจ 3. ตรวจสอบบริเวณแผลผ่าตัด ว่ามีเลือด ชังอยู่ภายในหรือไม่ และดูแลท่อระบายเลือดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. จัดให้อนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายได้ดีขึ้น 5. กระตุ้นให้ฝึกหายใจอย่างมีประสิทธิภาพและ ฝึกการไอที่ถูก เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่งไม่มีเสมหะอุดตัน	การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน ระดับของออกซิเจนในร่างกายปกติ (>95%) การวิเคราะห์ : กรณีศึกษามีแผลผ่าตัดบริเวณคอ ซึ่งทำให้มีการบาดเจ็บของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงต่อมพาราไทรอยด์ และอวัยวะข้างเคียง ส่งผลให้เนื้อเยื่อบริเวณคอมีอาการบวม กีดทางเดินหายใจมีผลทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนได้

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ข้อมูลสนับสนุน : กรณีศึกษา รายที่ 1 ประวัติโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการฟอกเลือด สัปดาห์ละ 3 ครั้ง กรณีศึกษา รายที่ 2 ประวัติโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง วันละ 4 ครั้ง วัตถุประสงค์ : เพื่อรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	การพยาบาล : 1. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น BUN, Cr, Na K, Cl, HCO₃ 2. บันทึกสารน้ำเข้า-ออกในร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง 3. ให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา จัดการภาวะขาดน้ำหรือมีน้ำเกิน 4. แลให้ได้รับการฟอกเลือด และล้างไตทางช่องท้อง ตามแผนการรักษา ติดตามอาการผิดปกติหลังทำ เช่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เป็นตะคริว บวมตึงน้ำออกได้น้อย ระดับความดันโลหิต ต่ำลง	การประเมินผล : 1. ผลตรวจ electrolytes, BUN, Cr ก่อนจำหน่าย อยู่ในเกณฑ์ปกติตามค่าพื้นฐานของผู้ป่วย 2. ได้รับ การฟอกเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ สามารถดึงน้ำออกได้ ไม่มีภาวะน้ำเกิน การวิเคราะห์ : ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีความผิดปกติในการเผาผลาญเกลือแร่ต่าง ๆ ในร่างกาย รวมถึงความสามารถในการควบคุมสารน้ำในร่างกายของไตบกพร่อง จึงมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ กรณีศึกษาทั้งสอง มีภาวะไตวายเรื้อรัง ต้องได้รับการล้างไต เพื่อปรับความสมดุลของน้ำและเกลือแร่ จึงมีโอกาสเกิดภาวะ น้ำเกินได้
ด้านร่างกาย (กรณีที่แตกต่างกัน) 4. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : กรณีศึกษา รายที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน : 1. มีแผลผ่าตัดที่คอใส่สายระบายไว้จำนวน 1 เส้น 2. หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยมีไข้ 3. มารดาสอบถามการดูแลสายระบายและการเคลื่อนไหวขณะใส่สายระบาย	การพยาบาล : 1. สังเกตการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด อาการปวด บวม แดง ร้อน มีเลือดหรือน้ำเหลืองไหลซึมบริเวณแผล 2. ดูแลให้แผลแห้งสะอาด และดูแลการทำงานของท่อระบายให้อยู่ในระบบปิด สายไม่พับงอ เลื่อนหลุดหรือดัดรั้ง พร้อมทั้ง สังเกตลักษณะของสารคัดหลั่งจากสายระบายและบันทึกจำนวน ลักษณะสารคัดหลั่ง	การประเมินผล : 1. แผลผ่าตัดเป็นแผลเย็บใหม่ เทียม 4 เข็ม แผลเย็บ แห้ง ไม่มีอาการบวมแดง หลังถอดสายระบายแผล ไม่ซึม ผิวหนังรอบแผลไม่ร้อน 2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลแผลถูกต้อง การวิเคราะห์ : กรณีศึกษามีโรคเรื้อรัง สภาวะของร่างกายเดิมจะมีความอ่อนแอ เมื่อทำการผ่าตัดมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
	3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ 4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมติดตามอาการแพ้ยา 5. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยเทคนิคสะอาดปราศเชื้อ 1 วันหลังถอดสายระบายเลือดออก 6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงและวิตามินซีสูง	นอกจากนี้การศึกษารายที่ 2 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัด และมีไข้หลังผ่าตัด จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังและให้คำแนะนำการป้องกันการติดเชื้อ ของแผลผ่าตัด
5. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการปวดที่แผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อบริเวณแผลผ่าตัด ได้รับความบาดเจ็บ ข้อมูลสนับสนุน : 1. บ่นปวดแผล ระดับคะแนนความปวด 6 - 7/10 สีหน้าไม่สดชื่น ใช้มือสัมผัสที่บริเวณแผลบ่อย 2. หน้าไม่สดชื่น ใช้มือลูบบริเวณแผลบ่อย ๆ วัตถุประสงค์ : บรรเทาอาการปวด	การพยาบาล : 1. ประเมินอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ทุก 2 – 4 ชั่วโมง โดยใช้ Numeric rating scale: NRS 2. ให้Fentanyl 30 mcg ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวดตามแผนการรักษา ดูแลติดตามประเมินอาการปวดช้า 15 – 30 นาที หลังติดตามประเมินอาการได้รับยา รวมทั้งดูแลให้ยา Paracetamol 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง หลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก ตามแผนการรักษา 3. แนะนำผู้ป่วยให้ใช้มือประคองแผลหรือผ้าก๊อศแผลไว้ เวลาไอ จาม จัดท่านอนไม่หงนคอมากเกินไป 4. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสม ไม่รบกวนเวลาพักหลังได้ยา	การประเมินผล : ปวดแผลผ่าตัดลดลง ระดับคะแนนความปวด 3/10 การวิเคราะห์: หลังผ่าตัดเนื้อเยื่อที่บริเวณแผลผ่าตัดได้รับความกระทบกระเทือน ทำให้มีอาการปวด เกิดความไม่สุขสบาย กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยาฉีดแก้ปวดจำนวน 2 ครั้ง ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ไม่ได้รับยาฉีดแก้ปวด ทั้งนี้เนื่องจากช่วงวัยที่ต่างกันทำให้ความทนทานในความปวดต่างกัน

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยในประเด็นสำคัญและกิจกรรมการพยาบาลการประเมินผล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	การวิเคราะห์และประเมินผล
การวางแผนจำหน่าย 6. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : ขาดความรู้และทักษะในการดูแลหลังจำหน่าย ข้อมูลสนับสนุน : 1.ผู้ป่วยและญาติยังตอบคำถามย้อนกลับในการดูแลเมื่อกลับบ้านได้ไม่ครบ 2. มารดากังวลที่ต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่ต่างจังหวัดและขาดความมั่นใจในศักยภาพของโรงพยาบาลกลับบ้าน วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านและสามารถจัดการกับโรคเรื้อรังได้	การพยาบาล : 1. ประเมินความพร้อมและศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย 2. ทบทวนคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัดการรับประทานอาหารที่มีธาตุแคลเซียมและวิตามินสูง รวมถึงรับประทานยาโรคประจำตัว CaCO_3 และ ยา Calcitriol ตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด การออกกำลังกายให้คำแนะนำในการสังเกตอาการผิดปกติ ที่บ่งชี้ว่ามีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติที่มีสาเหตุมาจากโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง 4. ทบทวนคำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ได้แก่การรับประทานอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ควบคุมน้ำหนักตัว งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5.ประสานกับโรงพยาบาลต้นสังกัดในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เพื่อการรักษาต่อเนื่อง	ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกแผนการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้านได้ และตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้านได้ เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานการดูแล AVF เพื่อฟอกเลือดระยะยาว การดูแลแผลล้างไตหน้าท้อง และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การวิเคราะห์ : กรณีศึกษามีโรคเรื้อรังหลายโรค จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ง่าย การให้ข้อมูล รวมถึงคำแนะนำที่ตรงกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย จึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญในการเตรียมความพร้อม เพื่อการจำหน่าย โดยเฉพาะกรณีศึกษา รายที่ 2 ที่ต้องกลับไปดูแลต่อที่ต่างจังหวัด และตัวผู้ป่วยไม่ค่อยสนใจดูแลสุขภาพตนเอง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย แสดงให้เห็นถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะไตวายเรื้อรัง คือภาวะที่ต่อมพาราไทรอยด์ถูกกระตุ้นให้หลั่งฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (PTH) ออกมาปริมาณมาก เนื่องจากความผิดปกติของระดับฟอสเฟต แคลเซียม และวิตามินดีในเลือด ต่อมพาราไทรอยด์ มีหน้าที่ควบคุมระดับแคลเซียมในเลือด โดย PTH มีผลต่อการทำงานของไต กระดูก และลำไส้ กระตุ้นการดูดซึมแคลเซียมกลับและขับฟอสเฟต การทำงานผิดปกติของต่อมพาราไทรอยด์ทำให้เกิดภาวะ hyperparathyroidism มีการสร้าง PTH ออกมามากขึ้น ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมักพบภาวะ secondary hyperparathyroidism จากภาวะไตวายในระยะสุดท้าย (กรรณ จันทรมิตรสกุล, 2564) และพบภาวะ secondary hyperparathyroidism ได้มากถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (อรรถกร จารุศรีวรรณ และอาศิร อุณนันทน์, 2563) และพบว่าแนวทางการรักษาโรค มีความคล้ายคลึงกัน โดยแพทย์เริ่มต้นจากการรักษาทางยา เมื่อไม่ตอบสนองจึงใช้การรักษาโดยการผ่าตัด ตัดต่อมพาราไทรอยด์ออก เพื่อลดการหลั่ง PTH ได้พบความแตกต่างกันในเรื่องของ อายุ เพศ อาการแสดง ของโรค พฤติกรรมสุขภาพ การยอมรับความเจ็บป่วย ความสามารถในการปรับตัว และรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพ จากการศึกษา พบว่าปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำหลังผ่าตัด เนื่องจาก ต่อมพาราไทรอยด์ถูกตัดออกไป ทำให้ระดับทำให้ระดับฮอร์โมนพาราไทรอยด์ลดลง ได้รับการดูแล เพื่อเฝ้าระวังจัดการแก้ไขได้ทันท่วงที บทบาทสำคัญของพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ มีความเข้าใจ ทักษะ ประสิทธิภาพ ประเมินและคาดการณ์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน มุ่งหวังให้เกิดความปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน (โรงพยาบาลพญาไท, 2565) ในขณะที่การดูแลด้านร่างกายเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในระยะหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต การจัดการพยาบาลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ ก็มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน จากการดูแล พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย รู้สึกไม่แน่นอนกับอนาคต มีความเครียดจากประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรัง และประเด็นเหล่านี้สามารถส่งผล กระทบต่อการฟื้นฟูของร่างกาย ความร่วมมือในการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาวได้ การดูแลอย่างเอาใจใส่ ให้ความรู้ ให้กำลังใจ สร้างความหวัง รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา และกำหนดเป้าหมายในชีวิตจะช่วยส่งเสริมการเยียวยาทางใจ เพิ่มพลังในการต่อสู้ และฟื้นฟูสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้

การประยุกต์ใช้หลักการดูแลแบบองค์รวมเข้าในการวางแผนการพยาบาล โดยอาศัยทั้งทักษะ การประเมินอย่างละเอียด การเลือกใช้กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ ที่แท้จริงของผู้ป่วย และการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้พยาบาลสามารถ ออกแบบแผนการพยาบาลที่ครอบคลุม และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยได้ (กนกวรรณ มาษา, 2566) อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ โดยเฉพาะที่มีโรคร่วมไตวายเรื้อรัง มีความซับซ้อนและต้องดูแล ต่อเนื่องในระยะยาว การใช้ประโยชน์ จากการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ จึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรอบด้านยิ่งขึ้น นับตั้งแต่การประเมินเตรียมความพร้อมในระยะก่อนผ่าตัด การดูแลอย่างใกล้ชิดในระยะหลังผ่าตัด และการวางแผนจำหน่าย การมีระบบการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามและการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยยังมีส่วนร่วม สำคัญในการดูแลตนเองให้ฟื้นหายและกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการประเมิน และการพยาบาลแบบองค์รวมที่ใช้ได้กับผู้ป่วยผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์โดยเฉพาะ เนื่องจากมีข้อจำกัดและความต้องการเฉพาะ มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อใช้เป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้หลักการดูแลแบบองค์รวมได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลในระยะยาว โดยมีการติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่าย และประเมินผลของการจัดการพยาบาลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ซึ่งจะช่วยยืนยันประสิทธิผลของการดูแลแบบองค์รวมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ควรสนับสนุนให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีศักยภาพทั้งภายในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ซับซ้อน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน สามารถวางแผนจำหน่ายและส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างเหมาะสม เกิดความต่อเนื่องและไร้รอยต่อในการดูแลผู้ป่วย
4. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะไทรอยด์เรื้อรัง ควรให้ความรู้ในเรื่องโรคพาราไทรอยด์ทำงานผิดปกติ ควบคู่ไปด้วย เนื่องจากโรคไทรอยด์เรื้อรังมักเกิดภาวะโรคพาราไทรอยด์ผิดปกติตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. กนกวรรณ มาชา. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารการศึกษา และสิ่งแวดล้อมสุขภาพ, 8(4), 88-96
2. กรุณา จันทรมิตรสกุล. (2564). การจัดการการผ่าตัดในภาวะไฮเปอร์พาราไทรอยด์แบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ Surgical management in secondary and tertiary hyperparathyroidism). ภาควิชาศัลยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. จันทรเพ็ญ สันตวาจา. (2553). แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด
4. นงนภัทร รุ่งเนย. (2560). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก.
5. รัตนา จารุวรรณ. (2560). ภาวะวิกฤติ: ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของต่อมไทรอยด์และต่อมหมวกไต ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์
6. โรงพยาบาลพญาไท. (2565). มะเร็งไทรอยด์. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2567, จาก <https://www.phyathai>
7. ศรีสุนทรา เจริมรพพัฒน์. (2555). การพยาบาล หู คอ จมูก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. (พิมพ์ครั้งที่ 3). บริษัท นาเพลส จำกัด

8. สถิติโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. (2567). สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในปีงบประมาณ 2562-2566. ภูเก็ต: โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
9. สุภาภรณ์ ขวณาล้ำ. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มีภาวะแคลเซียมต่ำวิกฤตหลังผ่าตัดร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. วารสารการศึกษาและสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ, 8(4), 974.
10. อรรถกร จารุศรีวรรณ, อาศิส อุณนันทน์ (2563). ภาวะฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูง. ภาควิชา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล.
11. อุไร หักกิจ และประภาพร ชูกำเนิด (2558) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 35, 1-14
12. ไอยวิรินทร์ อิทธิพัทธ์. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมากผิดปกติ ชนิดทุติยภูมิและได้รับการผ่าตัดต่อมพาราไทรอยด์ออกทั้งหมด (Nursing care of patient secondary hyperparathyroidism who received the total parathyroidectomy). วารสารสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม, (ได้รับเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2566/ แก้ไขเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม 2566/ อนุมัติเมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2566).
13. Gordon, M. (2014). Manual of nursing diagnosis. Jones & Bartlett Publishers.
https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=t3WBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=Gordon,+Marjory&ots=TuPXM1ycIY&sig=jKIU2DR8OD8ahCbEoj_RYMjwjk&redir_esc=y#v=onepage&q=Gordon%2C%20Marjory&f=false
14. Mizobuchi, M., Ogata, H., & Koiwa, F. (2019). Secondary hyperparathyroidism: Pathogenesis and latest treatment*The Journal of Showa University School Medicine*. <https://doi.org/10.1111/tap.12772>
15. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). Fundamentals of Nursing (10thed.). Elsevier
16. Tentori, F., Wang, M., Bieber, B. A., Karaboyas, A., Li, Y., Jacobson, S. H., Andreucci, V. E., Fukagawa, M., Frimat, L., Mendelssohn, D. C., Port, F. K., Pisoni, R. L., & Robinson, B. M. (2015). Recent changes in therapeutic approaches and association with outcomes among patients with secondary hyperparathyroidism on chronic hemodialysis: the DOPPS study. Clinical journal of the American Nephrology, 10(1), 98-109.