

(สำเนา)

ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่
ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว
๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์
และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๙/๒๕๖๖ เมื่อวันที่ ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๖
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางบุณยทริกา เลิศแล้ว	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโขงเจียม กลุ่มงานการพยาบาล
๒.	นางสาวนุชกานต์ ใจตรง	หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพืชผล กลุ่มงานการพยาบาล
๓.	นางมยุรี บุญศักดิ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเขื่องใน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๔.	นางรัชณี ทองเนตร	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน้ำยืน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางวิไล คงมี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลสำโรง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

/ทั้งนี้...

หึ่งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงชื่อ อีระพงษ์ แก้วภมร
(นายอีระพงษ์ แก้วภมร)


นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

๑ พ.ย.
๒๕๖๖

๑ พ.ย.
๒๕๖๖

๑ พ.ย.
๒๕๖๖

สำเนาถูกต้อง



(นางสุพิชิตรา ชาทองยศ)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑ พ.ย.
๒๕๖๖

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางบุณศรีภา เลิศแก้ว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโขงเจียม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ช่วยใน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๐๑๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลโขงเจียม กลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพ) ชำนาญการพิเศษ	๗๖๐๑๑	เลื่อนระดับ
๒	นางสาวนุชกานต์ ใจตรง	นางสาวนุชกานต์ ใจตรง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๕๕๒	จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลตระการพืชผล กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ช่วยผู้ดูแลและนิติเวช	๗๖๕๓๒	เลื่อนระดับ

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ช่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 : กรณีศึกษา
ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยใช้ DMETHOD"
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"

ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งบหรือจุดต้นที่รับยาลดกลายลิมเลือด : กรณีศึกษา"
ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งบหรือจุดต้นที่ห้องฉุกเฉิน"
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"



(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

opp
Pa W

บัญชีรายชื่อและยึดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
3	นางมยุรี บุญศักดิ์	จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเขื่องใน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๑๔๔	จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเขื่องใน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๐๘๘ บุญศักดิ์ กอมณี	เลื่อนระดับ ๘๐%
๔	นางรัชณี ทองมนตรี	รายละเอียดคำโคลงผลงาน “แบบท้ายประกาศ” จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลน่าน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๗๖๕๓๓	จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเขื่องใน กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	นางรัชณี ทองมนตรี	เลื่อนระดับ ๘๐%
	ชื่อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดอุบลราชธานี” อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง “การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (Development of Older Adults with Risk Stroke Care System in Pre Hospital Staged with Health Care Network,Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province)”	(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)	นางสถลสุภา สิงคบุตร	๒๐%	

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(Handwritten signature)

บัญชีรายชื่อและยึดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางวิไล คงมี	จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลลำโรง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๓๗๐๖๘	จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลลำโรง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๓๗๐๕๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน : กรณีศึกษา" ข้อเสนอแนะแนวคิดเรื่อง "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบบูรณาการ ตำบลลำโรง อำเภอลำโรง จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดคำโครงการ "แบบท้ายประกาศ"		(นายธีระพงษ์ แก้วภมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

For MR

๒๐๑

<p>3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน</p>
<p>1.ชื่อผลงาน เรื่องที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะหมดสติร่วมกับโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 : กรณีศึกษา</p> <p>2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 เมษายน 2565 – 6 กรกฎาคม 2565</p> <p>3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทบทวน ค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง 2. รวบรวม วิเคราะห์ แล้วนำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ศึกษา 3. ใช้กระบวนการพยาบาลและ Chronic Care Model เป็นหลักแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย 4. จัดทำเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงาน <p>4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน</p> <p>ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 80 ปี มาด้วย หมดสติ ก่อนมา 1 ชั่วโมงญาติปลุกตื่นล้มตาคำไม่พูด ตรวจน้ำตาลปลายนิ้วได้ 48 mg% ให้กินน้ำตาลหวาน 1 แก้วแล้วตื่นสติญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล โรคประจำตัวคือเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาด้วยการฉีด อินซูลิน 20 unit Sc. ก่อนอาหารเช้า 12 unit Sc.ก่อนนอน และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มิลลิเมตรปรอท ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 96 mg% วินิจฉัยโรค DM with coma แพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ให้สารน้ำและ ปรับระดับยาฉีดอินซูลินตามระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรวจได้ก่อนอาหารและก่อนนอน ระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนคือ Hypoglycemic coma/Hyperglycemic coma และได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกจากการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตลอดจนถึงการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลนาน 3 วัน อาการทุเลา แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านได้โดยได้ปรับลดอินซูลินลงจาก ก่อนอาหารเช้า 20 unit Sc. และก่อนนอน 12 unit Sc.เป็น ก่อนอาหารเช้า 4 unit Sc. และก่อนนอน 4 unit Sc. และนัดมาติดตามผล FBS วันที่ 18 เม.ย. 65</p> <p>เป้าหมายของงาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีความรู้ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2. เพื่อส่งเสริมญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆในกลุ่มโรค NCDs 4. เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อมูล	ปี พ.ศ.2564		ปี พ.ศ.2565	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการวางแผนจำหน่าย	80 %	48 %	80 %	72 %
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน	80 %	83 %	80 %	85 %
อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน	< 3 %	4.20	< 2 %	3.72

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ได้รับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนาการ แพทย์แผนไทย ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตเป็นที่พึงพอใจ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ส่งเสริมสนับสนุนการให้บริการดูแลรักษาตามแนวเวชปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
ควรมีการจัดกระบวนการ Self help group กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและไตเรื้อรัง
การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อเสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง
มีการพัฒนาทบทวนแนวทาง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยเน้นการปรับพฤติกรรม
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน
มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายปฐมภูมิเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ชุมชน พัฒนาศักยภาพของ
พยาบาลเพื่อเป็น Case Manager
สร้างระบบเครือข่ายในการให้คำปรึกษาและศูนย์กลางการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ Chronic care model

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ ดังนั้นการป้องกันโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้โดยการปรับ อาหาร การออกกำลังกาย และยาที่เหมาะสม ผู้ป่วยต้องให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่ทำการรักษาเพื่อกำหนดเป้าหมายการรักษา มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมเบาหวานได้ดีขณะรักษาในโรงพยาบาลจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง การควบคุมเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่พบร่วมด้วย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง การดูแลอย่างเป็นระบบร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่ การพยาบาลในระยะคัดกรอง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

ประเมินอาการผู้ป่วยให้ได้รวดเร็วถูกต้อง การพยาบาลในระยะตรวจรักษา ให้การดูแลพยาบาลครอบคลุมทุกมิติ การพยาบาลในระยะหลังตรวจรักษา มีการดูแลต่อเนื่อง ติดตามมาตามนัด ติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและความดันโลหิตต่ำได้

จากการศึกษาผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวานประมาณ 12 ปี เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์และจากการพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พยาบาลต้องประเมินความรู้และความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง ต้องมีทักษะในการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกรและนักโภชนาการ ให้ความรู้ผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ มีปัญหาด้านการรับรู้และมีความเครียดเนื่องจากอาการเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ เป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบเมตาบอลิซึม ลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูง เนื่องจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินที่สำคัญ คือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงจนเกิดทำให้ภาวะหมดสติ และอาจถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆของผู้ป่วยเบาหวาน จะต้องมีความรู้และตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคโดยการปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมด้านอารมณ์และการใช้ยาให้เหมาะสม ผู้ป่วยต้องมีความรู้ และความตระหนัก ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่ทำการรักษา เพื่อกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกัน มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกิน การควบคุมเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่พบร่วมด้วย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพผู้ป่วยและญาติต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่การพยาบาลในระยะคัดกรอง ประเมินอาการผู้ป่วยให้ได้รวดเร็วถูกต้อง การพยาบาลในระยะแรก รับ ให้การดูแลพยาบาลครอบคลุมทุกมิติ การพยาบาลในขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการดูแลต่อเนื่อง ติดตามมาตามนัด ติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจนเกิดภาวะหมดสติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) ตามกลุ่มโรคนั้น ๆ จนกระทั่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

9.2 ด้านบริการ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนผู้ป่วยและญาติให้มีการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ วางแผนในการให้ความรู้ สาธิตในการปฏิบัติการต่างๆ เช่นการให้हारทางสายยาง และติดตามเยี่ยมประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเองและดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระของสังคมและครอบครัว

9.3 ด้านเครือข่าย ควรเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แก่บุคลากรในระดับ รพ.สต. อสม. Care Giver ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีความสามารถในการประเมินช่วยเหลือและส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันท่วงที

9.4 ด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน ควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงผลกระทบทางด้านจิตใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความรู้และเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่นักศึกษา เน้นการเป็นผู้ประสานงานที่ดีในทีมสุขภาพ

9.5 ด้านการวิจัย นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำวิจัยประเภท R2R ต่อไป

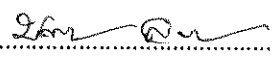
10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานวิชาการ ในการประชุมวิชาการ เรื่อง “Precision Public Health, Precision Medicine and Precision Nursing” ประจำปี 2566 โดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี วันที่ 6 - 7 กรกฎาคม 2566 ณ โรงแรมสุนีย์แกรนด์ไฮเต็ล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางบุญทริกา เลิศแล้ว สัดส่วนผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางบุญทริกา เลิศแล้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 16 / ๙ / ๖๖


ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางบุษกรศรี เลิศแล้ว	ม.ล. บ.ล.
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นายสิทธิพงษ์ อุ่นทอง)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโขงเจียม
 (วันที่) .../6.../...ค.ศ.... / ๒๕๖๖.....

(ลงชื่อ) 
 (นายสิทธิพงษ์ แก้วภมร)
 (ตำแหน่ง)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่โดยใช้ DMETHOD
2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสภาพเศรษฐกิจครอบครัว และประเทศชาติ เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่สำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้นานที่สุด ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจึง ไม่ได้อยู่ที่การรักษาทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพอนามัย การดูแลเท้า การจัดการความเครียด และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงสามารถจัดการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดอาการผิดปกติ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาล แพทย์พยาบาลและทีมสหสาขา เป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำ (Re-admit) ซึ่งจัดเป็นการดูแลเชิงรุก ให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุข และกลับไปอยู่บ้านได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ดังนั้นเพื่อให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้หลัก DMETHOD อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการวางแผนจำหน่ายที่มีรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล ความเชื่อ และค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ถูกต้อง เกิดการประสานงานและร่วมมือกันในการปฏิบัติงานตามรูปแบบการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง จะเป็นประโยชน์ที่สำคัญภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ฉะนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ โดยมุ่งที่จะพิจารณาประโยชน์ของผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเฉพาะโรค ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงไม่เห็นความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ จึงมีความสำคัญ ดังนั้นบุคลากรทีมสหวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วย ต้องตระหนักและให้เห็นความสำคัญกับปัญหา ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญ ในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ยิ่งจำเป็นจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการให้การพยาบาลเรื่องนี้ต้องมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
4. เพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำ (Re-admit)

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ผู้ดูแล/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึมแสดงอาการ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด (ภาวนา กิริยุดิวังค์, 2543: 26)

การวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลที่ต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย จากสถานที่หรือสถานบริการสุขภาพแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย จากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การสนับสนุนให้คำปรึกษาและจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง และอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย จากสถานบริการหนึ่งไปสู่สถานบริการอื่น หรือจากสถานบริการไปยังบ้านของผู้ป่วย (วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 3)

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดของ Hucy (1996, อ้างในจิราพร หวังชม, 2555) คือการใช้รูปแบบ DMETHOD ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็น ระยะหรือการดำเนินของโรค เรื่องยาที่รับประทาน เกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา ขนาด เวลา ข้อควรระวังในการใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพรวมทั้งการจัดการด้านเศรษฐกิจ เป้าหมายการรักษา การดูแลตนเองเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ การทราบถึงแหล่ง ขอความช่วยเหลือ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การประเมินปัญหา ความต้องการ การดูแลภายหลังการจำหน่าย การวางแผน ปฏิบัติตามแผนการ และมีการประเมินผล ข้อมูลที่มีแบบแผนแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ควรมีการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน จะช่วยให้มีความรู้และพร้อมที่จะเผชิญปัญหา

การวางแผนจำหน่าย เป็นเหมือนกรอบในการดำเนินการ ทั้งการกำหนดเป้าหมาย การระบุดัชนีบ่งชี้ และกิจกรรมที่จะดำเนินการ จากแนวคิดที่มองว่าการวางแผนจำหน่ายคือกระบวนการและระบบ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแลที่มีเป้าหมายผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ดังนั้นการดำเนินการที่สำคัญคือการกำหนดระบบการวางแผนจำหน่ายที่รวมถึงผู้รับผิดชอบ ช่วงเวลา องค์กร ระบบสนับสนุน ระบบเครือข่าย กระบวนการวางแผนจำหน่ายที่เอื้ออำนวยให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย และชุมชน มีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านการดูแล สามารถจำหน่ายได้ในเวลาที่เหมาะสม เป็นการจำหน่ายที่ผู้ป่วยมี

ระยะเวลาในการกลับรักษาซ้ำลดลง ซึ่งสะท้อนถึงการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของตน

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน

1. ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล ต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย DMETHOD โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีพยาบาลเป็นผู้จัดการดูแล (Case manager)
2. กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่ชัดเจน
3. ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานโดยมีรูปแบบ ดังนี้
 - 3.1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยกำหนดระยะเวลาของการดำเนินการเบื้องต้น 3 วัน โดยพิจารณาจากจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยเบาหวาน
 - 3.2 พยาบาลประจำผู้ป่วยในเป็นผู้ประสานทีมสหวิชาชีพในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

การวางแผนการจำหน่ายวันที่ 1

แพทย์ ให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัว โดยประเมินสภาพผู้ป่วย ตรวจวินิจฉัย กำหนดแผนการรักษา อธิบายพยาธิสภาพของโรค การพยากรณ์โรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และติดตามให้การรักษา ให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล พยาบาล ให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) คือ

- 1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Assessment)
- 2) การวางแผนจำหน่าย (Plan)
- 3) การนำแผนจำหน่ายไปใช้(Implementation)
- 4) การติดตามและประเมินผล (Evaluation) กำหนดแนวทางดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย(Assessment) โดยทำการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแหล่งประโยชน์และชุมชนตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยอยู่ใน การดูแล พยาบาลให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษา การเฝ้าระวัง การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่สามารถรายงานให้แพทย์และพยาบาลทราบได้ และสิ่งที่ต้องประเมินไว้เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้แก่

- 1.1) ประเมินความเสี่ยง
- 1.2) ประเมินร่างกายและจิตสังคม
- 1.3) ประเมินถึงผลการรักษา
- 1.4) ประเมินด้านเศรษฐกิจ
- 1.5) ประเมินสิ่งแวดล้อม โดยการประเมินนั้นใช้แนวทางของMETHOD มาเป็นแนวทางในการประเมิน

2. การวางแผนจำหน่าย (Planning) พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นตามสภาพ ผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจนมีการประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ โดยพยาบาลศึกษาประวัติของ การดูแลผู้ป่วยของญาติเมื่ออยู่บ้าน

เพื่อนำมาประเมินวางแผนการดูแล และเป็นผู้ติดต่อสื่อสารกับทีมโดยใช้ทักษะในการสื่อสารและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ

3. การนำแผนจำหน่ายไปใช้ (Implementation) การวางแผนจำหน่ายควรมีความเชื่อมโยงระหว่างทีมสหสาขา พยาบาล และผู้ป่วย เมื่อผ่านกระบวนการพยาบาลแล้ว พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และแจ้งทีมสหสาขาทราบเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทที่ได้รับ

การวางแผนการจำหน่ายวันที่ 2

พยาบาลให้ความรู้โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน การดูแลเท้า การตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน นักโภชนาการให้ความรู้เรื่อง อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องการกำหนดอาหารที่ต้องรับประทานในแต่ละวันเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เรียนรู้เพื่อนำไปปฏิบัติ นักกายภาพบำบัดให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและการบริหารเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เกสซิกอร์ให้ความรู้เรื่องยา แพทย์แผนไทย ให้ความรู้เรื่องวิธีการคลายเครียดพยาบาล ให้ความรู้เรื่องอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์, การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนนัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล รับข้อมูลโดยพยาบาล ส่งต่อข้อมูลเพื่อวางแผนในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในปัญหาที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถดำเนินการได้ และส่งข้อมูลตอบกลับให้กับโรงพยาบาลเพื่อประเมินผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม

การวางแผนการจำหน่ายวันที่ 3

วางเป้าหมายในการควบคุมอาการแทรกซ้อนเฉียบพลันได้แก่น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ และประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการมาตรวจตามนัด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากำหนดเป็นนโยบายในหน่วยงาน และมีการสร้างแรงจูงใจ ระบบการสื่อสารการนิเทศบุคลากรให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติให้ครบทุกขั้นตอน
2. ควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการวางแผนจำหน่ายแก่พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย
3. ควรมีการพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงให้ทันสมัย และปรับตามบริบทที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน
2. ลดอัตราการ Re-Admit ด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน
3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 3
2. ร้อยละของความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานหรือครอบครัว มากกว่า ร้อยละ 80
3. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้รับการวางแผนการจำหน่าย ร้อยละ 100
4. ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) 

(นางบุญทริกา เลิศแล้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 16 / ๓-๓- / ๖๖

ผู้ขอประเมิน

เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา วรเชษฐ์, 2552. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดย
ทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. รายงานการศึกษาอิสระหลักสูตร
ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
คชารัตน์ คชสัย. 2556. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ.
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ. รายงานการศึกษาอิสระหลักสูตร
ปริญญา.
จिरาพร หวังชม,(2555), การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร, วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต),กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
ปารณา มูลศรี, 2553. การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน
ในชุมชน ของโรงพยาบาลมัญจาคีรี อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
โสทรดา ชุมน้อยและคณะ. 2552. ผลการใช้รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลร่งคำ อำเภอร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษา

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2565-31 มีนาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย สมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้ ในเวลาที่จำกัด การรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือด เวลา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วประสิทธิภาพ การรักษาที่สำคัญ คือการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 4-5 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ พยาบาลเป็นผู้มีความสำคัญในการค้นหาปัญหาด้านสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับที่อยู๋ ในระยะวิกฤตฉุกเฉินกระทั่งจำหน่าย รวมถึงการประสานงานอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่กลับมาเป็นซ้ำ แนวคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางาน มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ คือ

1. กายวิภาคและสรีระวิทยา
2. การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
3. การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. กระบวนการพยาบาล
5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
6. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
7. Patient Safety Goals :SIMPLE

โรคหลอดเลือดสมองแบบตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน

(Acute Ischemic Stroke)

ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึงกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่มีอาการเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือเกิดขึ้นทันทีอย่างรวดเร็วภายใน 24 ชั่วโมง มีสาเหตุมาจากการลดลงของการไหลเวียนเลือด ซึ่งเกิดขึ้นจากการถูกขัดขวางการจัดส่ง Oxygen เข้าสู่สมองทำให้ Oxygen ไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อระบบประสาทในสมองทำให้เซลล์สมองขาดไกลโคเจนดังนั้นพลังงานจะลดลงอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อในสมอง ซึ่งพบว่าร้อยละ 85-87 ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นแบบขาดเลือด

โรคหลอดเลือดสมองแบบตีบหรือตันระยะเฉียบพลัน หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เนื่องจาก การสูญเสียการทำหน้าที่ของสมองจากการขาดการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง ซึ่งควรแยกจากภาวะ TIA (Transient Ischemic Attack) ซึ่งเป็นภาวะที่สมองขาด

จากสาเหตุตั้งที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางระบบประสาท ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลจากการเสียการทำงานของสมองเฉพาะส่วน ดังนั้นอาการแสดงจึงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพของโรค เกิดจากภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งเป็นผลมาจาก Atheroma, Thrombi หรือ Emboli ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลงส่งผลให้เกิดการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น ซึ่งถ้าเกิดการอุดตันที่สมบูรณ์จะทำให้เกิดการขัดขวางการนำส่งของ Oxygen และ Glucose ที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เกิดการไหลเวียนที่ลดน้อยลงซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะทางกายภาพของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน การไหลเวียนเลือดที่ลดลงจนถึง 0 เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อสมอง ภายใน 4-10 นาทีโดยมีปริมาณเลือดน้อยกว่า 16-18 ml/ 100g/ min ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดเนื้อตาย ภายใน 1 ชั่วโมง และปริมาณเลือดที่น้อยกว่า 20 ml/ 100g/ min เป็นสาเหตุของการขาดเลือดโดยปราศจากการตายของเนื้อเยื่อ นอกจากนี้จะมีความยาวนานของการขาดเลือด เป็นเวลาหลายชั่วโมง หรือเป็นวัน เนื่องจากการขาดเลือดสามารถเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียหายของเซลล์ เป็นผลจากการไม่มีการไหลเวียนของเลือด ทำให้เกิดการขาดเลือดที่รุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทและสมอง ที่เรียกว่า สมองขาดเลือด โดยพบว่าบริเวณที่ล้อมรอบใจกลางที่มีการตายของเนื้อเยื่อเรียกว่า Ischemic Penumbra ซึ่งพบว่า ค่าปกติของ Cerebral Blood Flow (CBF) จะอยู่ในช่วง 50-55 ml/ 100g/ min ส่วนค่าต่ำสุดที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของเยื่อหุ้มระบบประสาทในส่วนของ Penumbra อยู่ในช่วง 6-10 ml/ 100g/ min โดยพบว่าแม้เซลล์ในระบบประสาทของ Penumbra จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ระหว่างมีการลดลงของการได้รับเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้เร็วพอซึ่งต่างจากเซลล์ในบริเวณที่ตายไปแล้ว ที่ถึงแม้จะมีการผ่านของการไหลเวียนและการกำซาบของเลือดก็ไม่สามารถกลับคืนได้ดั้งเดิม และยิ่งสูญเสียการทำงานอย่างถาวร

สาเหตุการเกิดโรค

มีสาเหตุ 2 ลักษณะ

1) เกิดจากการมีลิ่มเลือดหรือก้อนเลือดเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือดและส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับการมีไขมันเกาะหลอดเลือดและความดันเลือดสูง (hypertension) ส่งผลให้ขนาดรูของหลอดเลือดแดงเล็กลงจนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หรือเกิดการอุดตันของลิ่มเลือดทำให้สมองขาดเลือดการตีบตันเกิดขึ้นได้ทุกแห่ง พบมากบริเวณหลอดเลือดแดงคอโรติดส่วนใน (internal carotid artery) และหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral artery) ซึ่งแขนงเหล่านี้จะไปเลี้ยงส่วนควบคุมการเคลื่อนไหว และส่วนควบคุมการรับรู้ความรู้สึก

2) มีชิ้นส่วนของลิ่มเลือดหรือชิ้นส่วนของเนื้อเยื่อหัวใจที่อักเสบ หลุดลอยออกมาเข้าสู่การไหลเวียนเลือดแดงในสมองและอุดตันแขนงหลอดเลือดแดงเล็กๆ ที่พอดีกับขนาดของสิ่งอุดตันโรคหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด เช่นภาวะหัวใจห้องบนเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโรคลิ้นหัวใจ หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภาวะหลังผ่าตัดหัวใจ สิ่งอุดตันอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้เช่น ฟองอากาศ (air embolism) หรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดชิ้นส่วนของไขมัน มักจะเกิดหลังได้รับบาดเจ็บ เช่น มีกระดูกแตกหักหลายชิ้น นอกจากนี้ยังมีชิ้นส่วนจากเศษเนื้องอก หรือมีสภาวะบางสภาวะที่ทำให้เกิดสิ่งอุดตันได้อีก เช่น ภาวะเลือดหนืด (polycythemia) และการใช้ยาคุมกำเนิด การเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพในสมอง จากสาเหตุตั้งที่กล่าวมาทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงทางระบบประสาท ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลจากการเสียการทำงานของสมองเฉพาะส่วน ดังนั้นอาการแสดงจึงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค

1. ปัจจัยเสี่ยง ที่ป้องกันไม่ได้ เช่น อายุ, เพศ, เชื้อชาติ
2. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ เช่น HT, DM, Hyperlipidemia, โรคซีฟิลิส Head injury ยาคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย

ระยะของโรคหลอดเลือดสมองแบบตีบหรือตัน

มีการแบ่งตามอาการแสดงเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะเฉียบพลัน ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง
2. ระยะวิกฤต ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลงหลัง 48 ชั่วโมง ใช้เวลา ตั้งแต่ 1-14 วัน
3. ระยะฟื้นฟูสภาพ ระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้มากที่สุด

การวินิจฉัยโรค

ในการวินิจฉัยโรคต้องใช้แนวทางช่วยในการวินิจฉัยดังนี้

1. การซักประวัติ ส่วนสำคัญในการซักประวัติ มีดังนี้ อาการสำคัญที่เกิดอาการผิดปกติที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองแบบตีบหรืออุดตัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน เป็นประวัติการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งนำส่งโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เช่น มีโรคประจำหรือไม่ ประวัติการรักษาพยาบาล หรือ ประวัติการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เช่น ประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในครอบครัว หรือโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอตีบแข็ง (Carotid stenosis)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้เข้าสู่กระบวนการของ Stroke fast track โดยประเมินตามหลัก B-E-F-A-S-T ผู้ป่วยที่มีอาการต่อไปนี้บ่งชี้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง มีรายละเอียด ดังนี้

B : Balance การทรงตัวผิดปกติ

E : Eyes การมองเห็นไม่ชัดทันทีทันใด มีด โดยเฉพาะตาข้างเดียว เห็นภาพซ้อน ตาเหล่

F: Face ปากเบี้ยว มุมปากด้านใดด้านหนึ่งตกหรือไม่ขยับ สังเกตได้โดยให้ผู้ป่วยยิ้มหรือยิงฟัน

A: Arms แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ให้ผู้ป่วยยกแขนตั้งฉากกับลำตัวนาน 10 วินาที แล้วพบว่า แขนด้านใดด้านหนึ่งตกลง

S: Speech ผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดไม่สะดวก ใช้คำผิด คำพูดสับสน หรือไม่สามารถพูดได้

T: Time ระยะเวลาที่มีอาการ

2. การตรวจร่างกาย มุ่งให้ความสำคัญการตรวจระบบประสาท เช่น ระดับความรู้สึกตัว การเคลื่อนไหว แขนขา การมองเห็น การพูด รีเฟล็กซ์ปฏิกิริยารูมาตา ทดสอบการทำงานเส้นประสาทสมอง โดยใช้เครื่องมือในการประเมินดังนี้ แบบประเมิน neurological sign ประกอบด้วย Glasgow Coma Scale (GCS) (EMV), pupil reaction และ motor power เป็นต้น แบบประเมิน The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) เป็นที่นิยมและยอมรับในการประเมินผู้ป่วยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการ ให้อาการที่ใช้คือ Recombinant tissue plasminogen-activator (rt-PA) และบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจที่สำคัญในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การตรวจเลือด (Complete blood count with platelet count) เพื่อติดตามภาวะเลือดหนืด ความเข้มข้นเลือด ระดับ น้ำตาลในเลือด (Fasting plasma glucose) ระดับไขมันในเลือด สมดุลเกลือแร่ การทำงานของไต การแข็งตัวของเลือด (Coagulogram, prothrombin time, Activated partial thromboplastin time)

4.การตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Scan, CT Scan) การตรวจด้วยคลื่น แม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging, MRI) การตรวจอัลตราซาวนด์ หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid duplex ultrasound) ในปัจจุบันการตรวจหลอดเลือดแดง Carotid artery ด้วย Duplex ultrasound เป็นการประเมิน การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดเป็นที่นิยมกัน แพร่หลายเพราะไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บตัวและมีความถูกต้องในการวินิจฉัย ภาวะ Carotid stenosis หรือ Carotid plaque ค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) หรือ คลื่นเสียงความถี่สูงหัวใจ ช่วยในการวินิจฉัยความผิดปกติของหัวใจ เพื่อวินิจฉัยแยกโรค จากโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลัน

1. การรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด (Recanalization) ทำได้โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับการใช้คลื่นความถี่สูง (Son thrombolysis) การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดแดง (Intra-arterial thrombolysis) และการละลายลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือดแดง โดยปัจจุบันการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำมีการใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางหลอดเลือดแดงยังมีข้อจำกัดเรื่องของโรงพยาบาลบางแห่งที่ไม่สามารถทำการรักษาได้

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (Carotid endarterectomy) ในกรณีที่มีภาวะหลอดเลือดตีบรุนแรง อาจต้องใช้การผ่าตัดเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอเพื่อกำจัดสิ่งอุดตันขวางหลอดเลือดออก

3. การผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือด (Thrombectomy) ในกรณีที่มีลิ่มเลือดอุดตันขวางการไหลเวียนของหลอดเลือด อย่างรุนแรง การผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือดจะช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น และไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเต็มที่

4. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) การให้ยาละลายลิ่มเลือดเนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ได้ผลในปัจจุบัน ได้แก่ Recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA) โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาให้ยาและข้อจำกัดที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา คือ การที่ผู้ป่วยมาช้ากว่า 3 ชั่วโมง มีอาการเพียงเล็กน้อยและมีอาการดีขึ้น ก่อนรับยาหากผู้ป่วยได้รับยาควรได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดในช่วง 1-2 วันแรก

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย เนื่องจากมีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้จากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) เพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลตระการพืชผล เป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับทุติยภูมิมิขนาด 150 เตียง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับรักษาเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2565 จำนวน 199 ราย, 452 ราย และ 512 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงระบบ Stroke fast track ในเวลา 180 นาที คิดเป็นร้อยละ 24.25, 18.11 และ 32.20 ตามลำดับที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและได้รับ rt.PA จำนวน 3,3 และ 5 ราย ปีงบประมาณ 2566 โรงพยาบาลตระการพืชผลเปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันเวลาถูกต้องมีโอกาสหายคืนสู่ภาวะปกติ ลดความพิการ ดังนั้น จึงได้ทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชนเน้นการเข้าถึงอย่างรวดเร็วพยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยรวมถึงการประสานงานอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาซึ่งจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากตัวระบบประสาทหรือจากยาละลายลิ่มเลือดได้ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตก็สามารถช่วยเหลืออย่างทันท่วงที พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องอันจะทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์และแนวทางการดูแลรักษาพยาบาล
3. ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง ปรึกษาพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแบบแผนการพยาบาล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล/เรียบเรียงผลงาน
6. จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม
7. เผยแพร่ผลงานวิชาการโดยนำเสนอวิชาการในการประชุมวิชาการ

เป้าหมายของงาน

- 1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา

4.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ลดความพิการและอัตราการตาย

สาระสำคัญ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

1.ข้อมูลส่วนบุคคล

หญิงไทย : กลางคน อายุ 57 ปี สัญชาติ : ไทย เชื้อชาติ : ไทย ศาสนา : พุทธ

สถานภาพ : หม้าย อาชีพ : เกษตรกรรม ระดับการศึกษา : ประถมศึกษา

ที่อยู่ปัจจุบัน : 75 หมู่ 6 บ้านคำเจริญ ต.เกษม อ.ตระการพืชผล จ.อุบลราชธานี

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล : 6 พฤศจิกายน 2565 เวลา 09.33 น.

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล : 9 พฤศจิกายน 2565 เวลา 10.30 น.

รวมระยะเวลาที่อยู่ในการดูแล 3 วัน

HN :173223 AN:65016996

2.ประวัติการเจ็บป่วย

2.1. แหล่งที่มา ข้อมูลได้จากผู้ป่วย ประวัติรักษาของแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้

2.2. อาการสำคัญ

1 ชั่วโมง 40 นาทีก่อนมาขณะนั่งคุยกับญาติมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง

2.3. ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ชั่วโมง 40 นาทีก่อนมา ญาติให้ประวัติว่าขณะนั่งคุยกับญาติมีอาการลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด สังเกตว่าแขนขาข้างซ้ายไม่ขยับ ไม่มีซีกเกร็ง ไม่มีอุจจาระหรือปัสสาวะรด แจ้งว่าหลังตื่นนอนตอนเช้าอาการปกติ เดินได้ พูดได้ปกติ ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาล (last well seen 08.00น.) U/D DM รับประทานที่โรงพยาบาลตระการพืชผล ด้วยยา Metformin (500mg) 1x3 oral pc, Glipizide (5mg)1x1 oral ac, Mix Tard 12-0-6

2.4 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวานในปี2560รักษาด้วยยาMetformin (500mg)1x2 oral pc หยุดยาเอง 2 ปีเริ่มรักษาใหม่ในปี 2564

2.5 ประวัติส่วนตัว ผู้ป่วยมีอาชีพทำนา ฐานะปานกลางรายได้ 30,000บาท/ปีรายได้มาจากการทำเกษตรกรรมและบุตรส่งเงินให้รายเดือน สถานะเป็นหม้าย มีบุตร 4 คนปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรชายบุตรหญิง 2 คน อีก 2 คนทำงานอยู่ต่างจังหวัด และมีเพื่อนคอยช่วยเหลือดูแล

2.6 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว คนในครอบครัวแข็งแรงดีไม่มีใครป่วยหรือมีโรคประจำตัว ยกเว้นบุตรสาวป่วยเป็นโรคจิตเวชรับยาต่อเนื่อง

2.7 ประวัติการแพ้ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

2.8 ประวัติสิ่งเสพติด ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

การประเมินผู้ป่วยตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

1) แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองบอกเป็นโรคโรคเบาหวานรับประทานยาต่อเนื่อง เพราะเคยหยุดยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆเช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ปวดหลังจะซื้อยา กินเองเป็นยาลดไข้ แก้ปวดธรรมดา เช่น ยาพาราเซตามอล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สาระสำคัญ (ต่อ)

- 2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร
ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบรับประทานอาหารรสไม่จัด รับประทานข้าวสวยเป็นส่วนใหญ่ ของหวานรับประทานบ้าง ต้มน้ำวันละ 1-2 ขวดลิตร
 - 3) แบบแผนการขับถ่ายของเสีย
ผู้ป่วยถ่ายทุกวันวันละ 1 ครั้ง ถ่ายปกติ ปัสสาวะกลางวันวันละ 5-7 ครั้งกลางคืนวันละ 2-3 ครั้ง
 - 12) แบบแผนกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย
ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายเป็นกิจจะลักษณะ มีการเดินแกว่งแขนบ้างไม่สม่ำเสมอ
 - 13) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน
ผู้ป่วยนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง เข้านอน 21.00 น. ตื่นนอน 05.00 น. ไม่เคยรับประทานยานอนหลับ
 - 14) สถิติปัญญาและการรับรู้
การได้ยินปกติ ความจำผู้ป่วยจำได้ดี บอกวัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง
 - 15) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์
ผู้ป่วยรับรู้ตัวตนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำเป็นต้องได้รับการรักษาและคาดว่าตนเองจะหายจากโรค ในขณะที่เจ็บป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในวันแรก เนื่องจากแขนขาอ่อนแรงรับรู้ที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ
 - 16) บทบาทและสัมพันธภาพ
ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตร 2คน มีความสัมพันธ์ภาพที่ดี ช่วยเหลือดูแลกันดี
 - 17) เพศและการเจริญพันธุ์
ผู้ป่วยอายุ 59 ปี แต่งงานมีบุตร 4 คน หมดประจำเดือนอายุ 50 ปี
 - 18) การปรับตัวและความทนต่อความเครียด
เจ็บป่วยครั้งแรกเป็นโรคเบาหวาน มีความวิตกกังวลหาทางวิธีการรักษาตามความเชื่อแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงกลับมารับการรักษาใหม่และให้ความร่วมมือในการรักษาดี และครั้งนี้มีความวิตกกังวลสูงกลัวไม่หายหลังรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดผลการรักษาอาการดีขึ้นไม่มีความพิการหรือภาวะแทรกซ้อน จึงคลายกังวลพร้อมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลและสามารถปรับตัวต่อโรคได้ เพื่อนและบุตรให้คอยกำลังใจผู้ป่วยเสมอ
 - 19) คุณค่าและความเชื่อ
ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณี และมีเชื่อทางไสยศาสตร์บ้าง
- 3.การประเมินสภาพแรกรับ
- ผู้ป่วยหญิงไทย รูปร่างสมส่วน ผู้ป่วยมีอาการซึมตื่นลืมตาเมื่อปลุกเรียก ตอบคำถามสับสน แต่ทำตามคำบอกได้ (Glasgow Coma Scale:E3V4M6)พูดช้า (Dysarthria) มีปากเบี้ยวเล็กน้อย(Left facial Palsy)แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงแมกกว่าแขนขาขวา(Motor Power Grade: Right extremities Grade III ,Left extremities Grade I) NIHSS :19 คะแนน
- สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 147 /79 mmHg O₂sat 98 % น้ำหนัก49กิโลกรัม ส่วนสูง146 เซนติเมตร BMI: 22.94

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. การตรวจร่างกาย : 6 พฤศจิกายน 2565 เวลา 09.33 น.

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผิวหนัง : ผิวดำแดง ผิวหนังอุ่น ไม่มีเหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว

ศีรษะ : รูปทรงปกติ ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน

ใบหน้า : รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ไม่มีผื่น ไม่มีแผลเป็น

ตา : ตาขวาและตาซ้ายมองเห็นชัดเจนปกติ รูม่านตามีปฏิกิริยาความไวต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้างขนาด 2 mm.

หู : ลักษณะใบหูปกติเท่ากันทั้งสองข้าง ได้ยินชัดเจน ไม่มีการอักเสบ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง

จมูก : โพรงจมูกปกติไม่มีสิ่งคัดหลั่ง จมูกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง รับกลิ่นปกติ

ปาก : มีปากเบี้ยวมุมปากตกข้างซ้ายเล็กน้อย ไม่มีบาดแผล

คอ : คลำไม่พบก้อน ต่อมไทรอยด์ไม่โต เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอก 2 ข้างเคลื่อนไหวเท่ากันปกติ

: ลักษณะหายใจไม่หอบ อัตราการหายใจ 18 -22 ครั้ง/นาที

: ฟังเสียงหายใจโล่ง

: เคาะทรวงอกได้ยินเสียงโปร่ง คลำไม่พบ subcutaneous Emphysema

หัวใจและหลอดเลือด : ลักษณะทรวงอกด้านซ้ายปกติ

: จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 118ครั้ง/นาที

: ไม่มีเสียงผิดปกติแทรก

หน้าท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะท้องปกติ ไม่อืด ไม่มีกดเจ็บ

: ไม่มีรอยบาดแผล คลำไม่พบก้อน ตับและม้ามไม่โต

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงมากกว่าแขนขาขวา (Motor Power Grade:

Right extremities Grade III ,Left extremities Grade I)

ระบบประสาท : ผู้ป่วยมีอาการซึมตื่นลืมตาเมื่อปลุกเรียก ตอบคำถามสับสน แต่ทำตาม

คำบอกได้ (Glasgow Coma Scale:E3V4M6) พูดซ้ำ (Dysarthria) NIHSS :19 คะแนน

5. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ Complete Blood count, Platelet count 6 พฤศจิกายน 2565

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผล	การแปล
Hct	36-45%	32%	มีภาวะซีดเล็กน้อย ไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกายและจำนวนเกล็ดเลือดปกติ
Hb	12-15g/dl	10.2 g/dl	
WBC	4,000-10,000 Cells/ul	7,190 Cells/ul	
Plt.C 40,000- 100,000	150,000-450,000 Cells/ul	240,000 Cells/ul	
Neutrophil	40-75%	50%	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

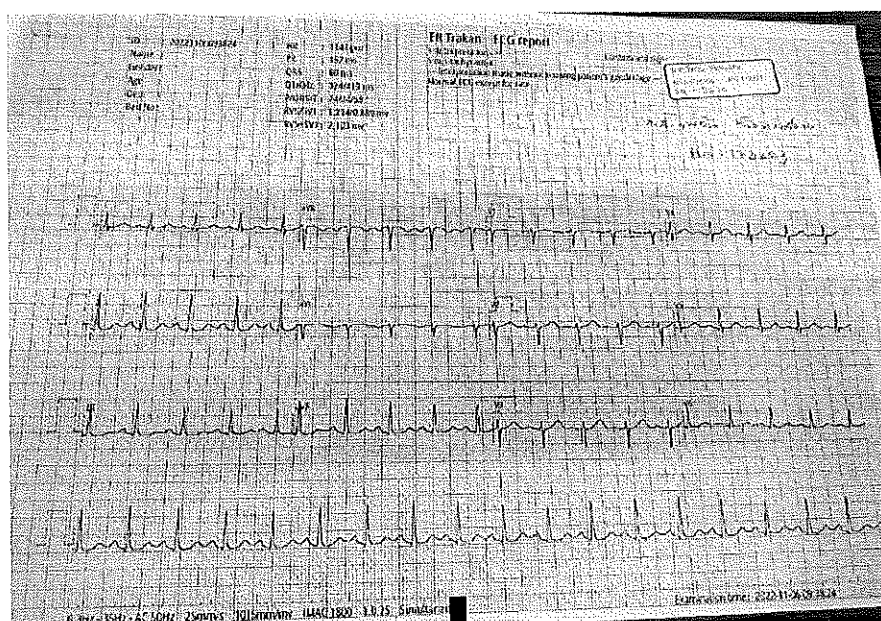
ผลการตรวจ Blood Chem 6 พฤศจิกายน 2565

รายการตรวจ	ค่าปกติ	ผล	การแปล
BUN	10-20 mg/dl	29 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.5-1.04 mg/dl	0.97 mg/dl	ปกติ
Na	135-145 mmol/L	140.1 mmol/L	ปกติ
Cl	98-107 mmol /L	104.2 mmol/L	ปกติ
K	3.5-5.3 mmol /L	3.8 mmol/L	ปกติ
CO2	22-39 mmol /L	25.6 mmol/L	ปกติ
Calcium	8.6-10 mg/dl	9.3 mg/dl	ปกติ
Magnesium	1.6-2.6 mg/dl	1.7 mg/dl	ปกติ
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dl	4.4 mg/dl	ปกติ
Albumin (Serum)	3.4-5.2 gm/dl	3.6 mg/dl	ปกติ
PT	11.3-16.3 sec.	14.3 sec.	ปกติ
PTT	23.3-35.2 sec.	27.30 sec.	ปกติ
INR	0.8-1.2	1.02	ปกติ

ผลการตรวจ EKG

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565 เวลา 09.38 น.

EKG 12 Lead: Normal sinus rhythm



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจ CT6 พญศจิกายน 2565 เวลา 09.45 น.

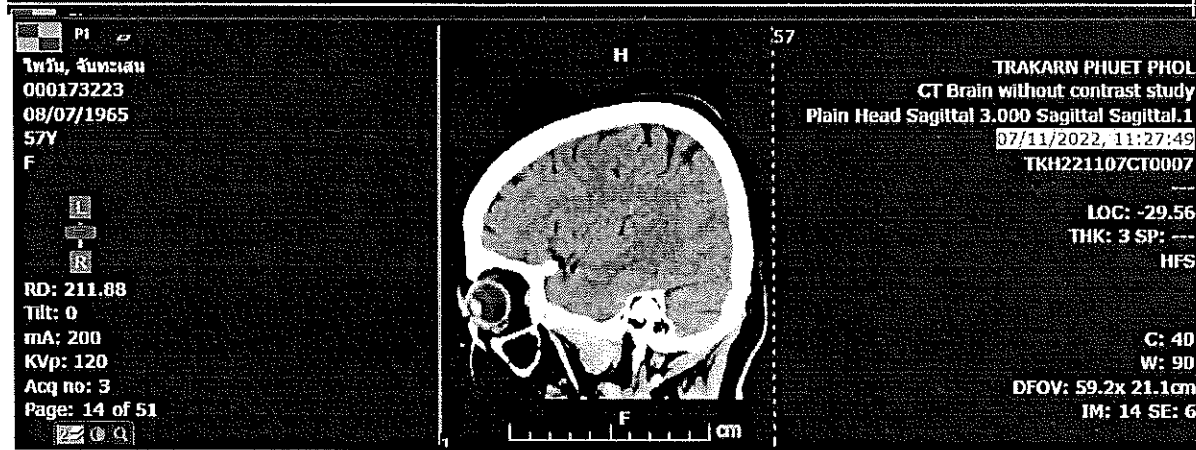
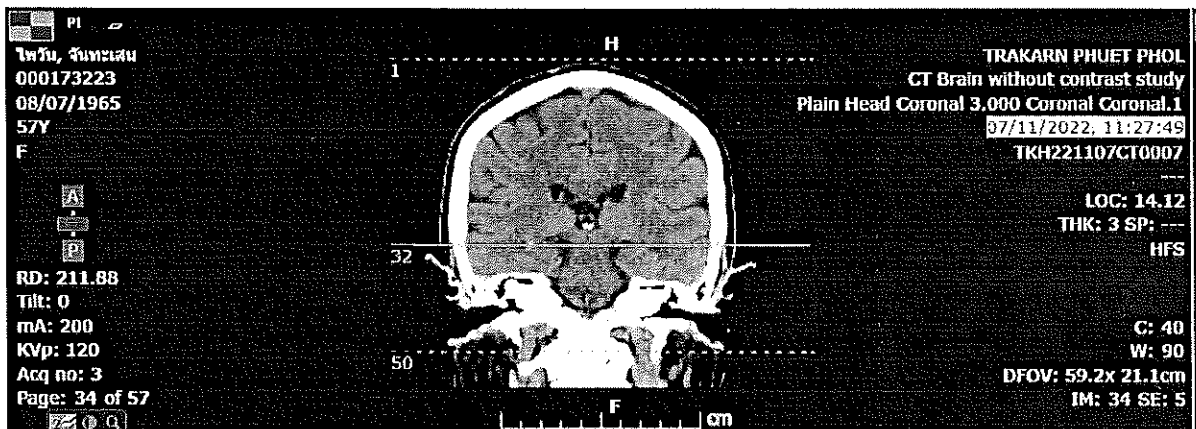
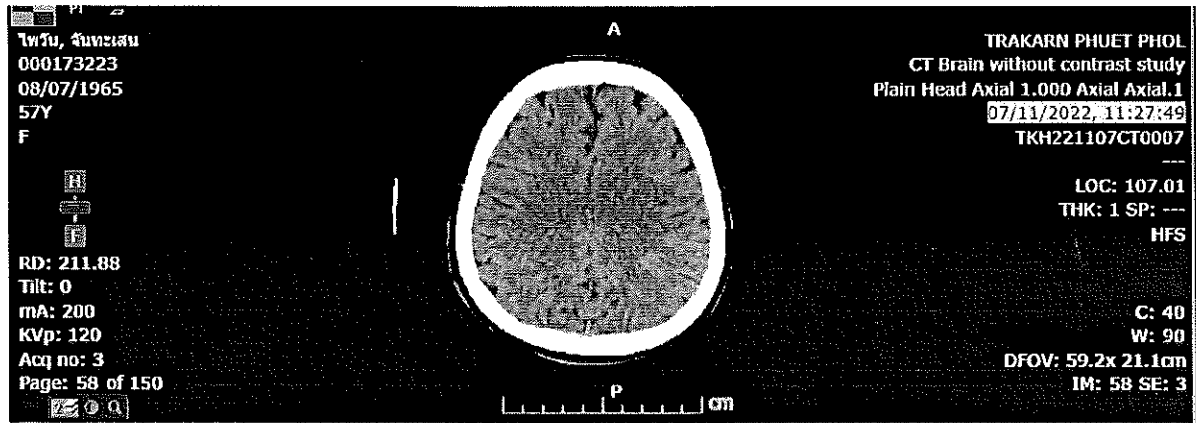
ผล:no acute intracranial hemorrhage or recent large territory cerebral infarction

<p> C ทรวัน, จันทะเสน 000173223 08/07/1965 57Y F RD: 195 Tilt: 0 mA: 200 KVp: 120 Acq no: 3 Page: 21 of 49 </p>	<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">P cm</p>	<p> TRAKARN PHUET PHOL CT Brain without contrast study Plain Head Axial 3.000 Axial Axial.1 06/11/2022, 9:45:22 TKH221106CT0004 --- LOC: 85.24 THK: 3 SP: --- HFS C: 40 W: 90 DFOV: 54.5x 19.5cm IM: 21 SE: 3 </p>
<p> C ทรวัน, จันทะเสน 000173223 08/07/1965 57Y F RD: 195 Tilt: 0 mA: 200 KVp: 120 Acq no: 3 Page: 27 of 53 </p>	<p style="text-align: center;">H</p> <p style="text-align: center;">F cm</p>	<p> TRAKARN PHUET PHOL CT Brain without contrast study Plain Head Coronal 3.000 Coronal Coronal.1 06/11/2022, 9:45:22 TKH221106CT0004 --- LOC: 0.16 THK: 3 SP: --- HFS C: 40 W: 90 DFOV: 54.5x 19.5cm IM: 27 SE: 4 </p>
<p> C ทรวัน, จันทะเสน 000173223 08/07/1965 57Y F RD: 195 Tilt: 0 mA: 200 KVp: 120 Acq no: 3 Page: 16 of 48 </p>	<p style="text-align: center;">H</p> <p style="text-align: center;">F cm</p>	<p> TRAKARN PHUET PHOL CT Brain without contrast study Plain Head Sagittal 3.000 Sagittal Sagittal.1 06/11/2022, 9:45:22 TKH221106CT0004 --- LOC: -25.23 THK: 3 SP: --- HFS C: 40 W: 90 DFOV: 54.5x 19.5cm IM: 16 SE: 5 </p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจ CT7 พุศจิกายน 2565 เวลา 11.27 น.

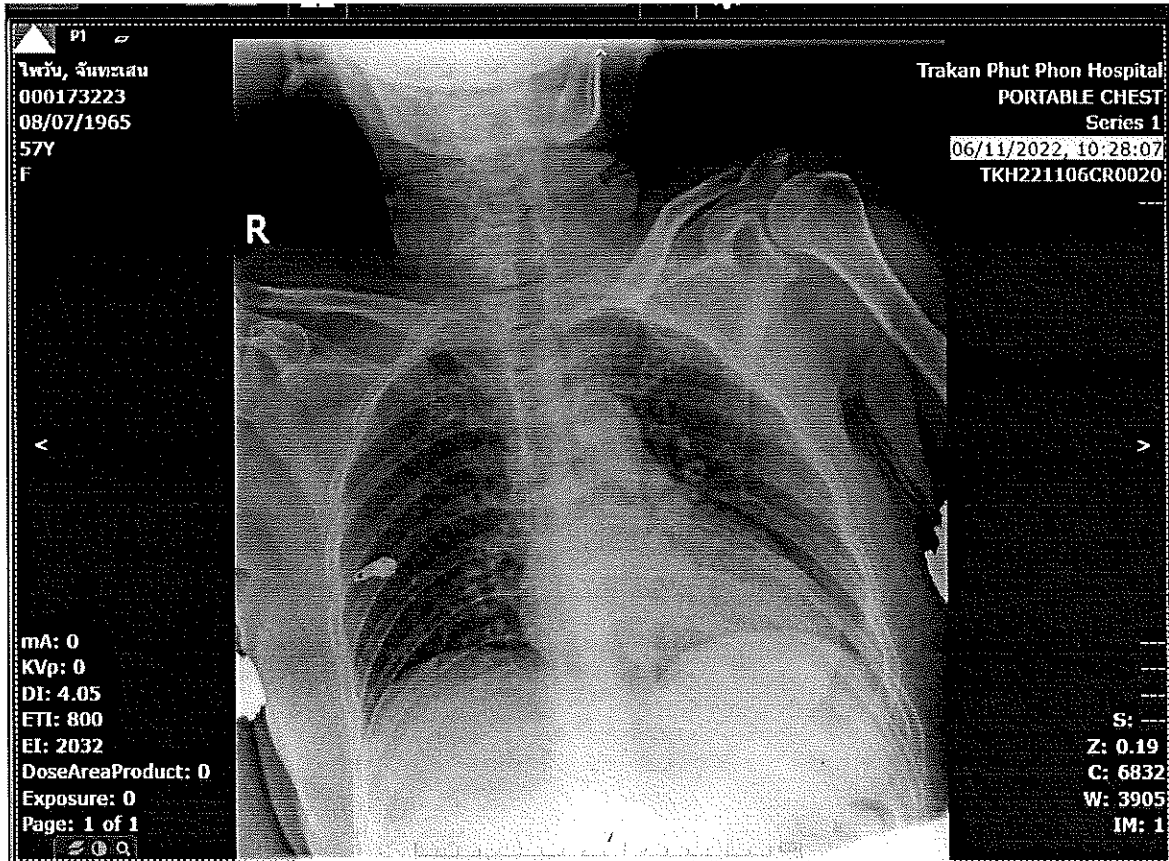
ผล : ill-defined Hypodense lesion at rt. frontal lobe , Well -defined Hypodense lesion at rt.corona radiata no definite evidence of recent intra-cranial hemorrhage



ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจCXR 6 พฤศจิกายน 2565

ผล:No infiltration



6. การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคแรก : Acute Ischemic Stroke

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Acute Cerebral Infarction

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. การรักษา

Orders for one day	Orders for continuation
<p>วันที่ 6 พฤศจิกายน 2565</p> <p>On 0.9% NSS 1000 ml iv 80 ml/hr</p> <p>.-NPO</p> <p>CBC, PT PTT, INR,BUN Cr, Electrolyte Calcium ,Magnesium , Phosphorus , Albumin (Serum)</p> <p>-EKG</p> <p>-CT Brain</p> <p>DTX 122 mg%</p> <p>-rt-PA > Total rt-PA=44.1mg</p> <p>rt-PA 10%=4.41mg IV bolus in 1 minute at ER.</p> <p>then 90% rt.-PA = 39.69mg.in0.9%NSS</p> <p>100ml.with infusion pump IV drip in 60 minute</p> <p>เวลา10.36 น.admit ICU</p> <p>:อาการและอาการแสดง GCS: E4 V3 M6,PP= 2</p> <p>mm RTL BE , Dysarthria, Lt. facial Palsy, Motor Power Gr.Rt.ext. Gr III ,Lt ext.</p> <p>Gr I V/S: PR:102/min,RR:20/min,</p> <p>BP:136/78 mmHg, O₂sat:98% RA</p> <p>-CXR</p> <p>6 พฤศจิกายน 2565 เวลา 14.14 น.</p> <p>อายุรแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ</p> <p>-0.9% NSS 1000 ml iv 80 ml/hr.</p> <p>-CT Brain non contrast at 24 hr.หลังให้ rt.PA</p> <p>-Dtx. ทุก 8 hr.</p> <p>อาการและอาการแสดง GCS: E4 V5M6 ,PP= 2</p> <p>mm RTL BE , Lt. facial Palsy , Motor Power Gr. Rt ext. Gr 5 ,Lt ext. Gr4 NIHSS :11-7 คะแนน,ไม่มีอาการหายใจลำบาก/ หอบ,ไม่มี bleed,ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือคลื่นไส้อาเจียน BI:55</p> <p>คะแนน, mRS: 4 คะแนน</p>	

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
Orders for one day	Orders for continuation
<p>V/S: 36.6-37c, PR:70-98/min,RR:16-20/min,BP:107/69-152/82 mmHg, O₂sat:95-98% RA -Dtx:122-67mg% AT18.00 น. dtx:67mg%>50%Glucose 50 cc iv push 7 พฤศจิกายน 2565 -Off DTX. -Soft Diet -0.9% NSS 1000 ml iv 80 ml/hr. -CT Brain</p> <p>อาการและอาการแสดง GCS: E4 V5M6 ,PP= 2 mm RTL BE, Motor Power Gr.VALL NIHSS: 0 คะแนน,ไม่มีอาการหายใจลำบาก/ หอบ,,ไม่มี bleed ,ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือคลื่นไส้ อาเจียน , Dysphagia screening test ผ่าน รับประทานอาหารได้ไม่ลำบาก V/S:T:36.5-37.4c PR:74-84/min,RR:16-20/min,BP:115/58-139/80 mmHg, O₂sat:96-98% RA -ย้ายขาดิกอายุรกรรมหญิง</p>	<p>Simvastatin (20mg) 2 tab.oral HS.</p>
<p>8 พฤศจิกายน 2565 -Off IVF</p> <p>อาการและอาการแสดง GCS: E4 V5M6 ,PP= 2 mm RTL BE, Motor Power Gr.V ALL NIHSS: 0 คะแนน,ไม่มี bleed ,ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัวหรือคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้ดีไม่ลำบาก V/S:T:36.5-37c PR:72-84/min,RR:16-20/min,BP:120/70-140/70mmHg, O₂sat:95-98% RA</p>	<p>Soft Diet ASA gr.V 1x1oral pc with stat -Losec. (20mg)1tab.oral ac with stat</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

Orders for one day	Orders for continuation
<p>9 พฤศจิกายน 2565 อาการและอาการแสดง GCS: E4 V5M6 ,PP= 2 mm RTL BE, Motor Power Gr.VALL BI:95 คะแนน,mRS:1คะแนนV/S: T:36.9c,PR:74/min,RR:20/min,BP:130/70mmHg O₂sat:98% RA Discharge กลับบ้าน F/U 1 month FBS, Lipid profile ก่อนพบแพทย์ Home Medication 1.Simvastatin (20mg) 2 tab.oral HS 2.ASA gr.V 1x1oral PC 3.Losec. (20 mg) 1 tab.oral AC 4.Metformin (50mg) 1x2 oral PC 5.Mixtard 10-0-4 SC AC</p>	

ยาที่ได้รับในการรักษา

1.Recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA)

เป็นยาละลายลิ่มเลือดใช้รักษาภาวะเส้นเลือดสมองตีบหรือตันเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง

การให้ยา rt-PA 10% iv Bolus in 1 minute Stat then 90% iv drip in 1 hr. >ผู้ป่วย BW:49kg. Total

rt-PA=44.1mg -rt-PA 10%=4.41mg IV bolus in 1 minute AT ER.

then 90% rt-PA = 39.69 mg.in 0.9% NSS 100 ml.with infusion pump IV drip in 60 minute

อาการข้างเคียงจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น เลือดออกทางเดินปัสสาวะ ไอเสมหะมีเลือด เลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือด เลือดออกทางช่องคลอด ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้องจากโรคกระเพาะอาหาร อาการรุนแรง อาจมีเลือดออกในอวัยวะสำคัญเช่น สมอง กระเพาะอาหาร เป็นต้น

การพยาบาล

1.ซักประวัติตาม thrombolysis check list

2.เฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดขณะและหลังให้ยา ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง then ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง then ทุก 60 นาที นาน 24 ชั่วโมง

3.งดหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกเช่นการยาทาง SC หรือ IM เพราะอาจทำให้เกิด bleeding ได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2.Simvastatin (20mg) 2 tab oral hs. เป็นยาสำหรับลดไขมันในหลอดเลือด

อาการข้างเคียง ปวดท้อง ท้องผูก ท้องอืด ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผื่นคัน วิงเวียน เป็นตะคริว ตับอ่อนอักเสบ ปลายประสาทอักเสบ นอนไม่หลับ ซึมเศร้า

การพยาบาล

1. แนะนำห้ามให้ผู้ป่วยซื้อยาทานเองหรือหยุดยาเอง
2. หากลิ้มรับประทานยา สามารถรับประทานเมื่อนึกขึ้นได้ ถ้าเวลาใกล้เคียงกับการรับประทานยาในมื้อถัดไป ไม่จำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาเป็นสองเท่า
3. สังเกตอาการข้างเคียงของยาถ้าพบให้รีบรายงานแพทย์

3. ASA Gr V 1tab oral OD PC: บรรเทาอาการปวด ลดไข้ บรรเทาอาการข้ออักเสบและเป็นยาป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด ลดความเสี่ยงของ Recurrent transient ischemic attacks หรือ CVA ในผู้ป่วยลดความรุนแรงหรือป้องกัน Acute MI ลดความเสี่ยงของ MI ในผู้ป่วยที่มี Unstable angina

อาการข้างเคียง ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ทำลายหน้าที่ของเกล็ดเลือด อาจมีเลือดกำเดาออก เลือดแข็งตัวช้า หูอื้อ เวียนศีรษะ ถ้าแพ้จะมีอาการบวม ผื่นคัน ผิวหนังลอก อาจเกิดอาการพิษ ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึง 10 รุนแรง ได้แก่ หอบ มีเสียงในหู การได้ยินไม่ชัดเจน วิงเวียน สับสน ปวดศีรษะ ซึม เหงื่อแตก กระจายน้ำ

การพยาบาล

1. ให้รับประทานยาหลังอาหารทันทีหรือดื่มน้ำตามมากๆ เพื่อช่วยลดความเข้มข้นของกรดในยา
2. แนะนำให้หยุดยาก่อนผ่าตัด 1 สัปดาห์หรือตามคำแนะนำของแพทย์
3. สังเกตอาการข้างเคียงของยาถ้าพบให้รีบรายงานแพทย์ เช่น จุดจ้ำเลือด ผื่นคัน เป็นต้น

4.Losec(20mg) 1x1 oral ac :เป็นยาลดกรดชนิด Proton pump inhibitor ยานี้ยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ใช้รักษาและป้องกันการกลับเป็นแผลซ้ำในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น

อาการข้างเคียง พบได้น้อย อาจพบอาการปวดศีรษะ มึนงง มีผื่นแดงตามผิวหนัง ท้องเสีย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีอาการไอร่วมด้วย นอนไม่หลับ สูญเสียการทรงตัว เอนไซม์ในตับเพิ่มมากขึ้น ตับอักเสบ ปวดตามข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรงปากแห้ง หากเกิดอาการเหล่านี้รุนแรงหรือเป็นเวลานานควรปรึกษาแพทย์

การพยาบาล

1. หากลิ้มรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่ไม่ควรรับประทานเพิ่มเป็น 2 เท่า
2. ให้อดกินทั้งแคปซูล ไม่แกะแคปซูลหรือเคี้ยว
3. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด เจ็บคอ มีไข้ อ่อนเพลียมาก ให้รายงานแพทย์ทราบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)	
พยาธิสรีรภาพของโรคตามทฤษฎีเปรียบเทียบกับผู้ป่วย	
ความรู้ทางวิชาการ	เปรียบเทียบกับกรณีศึกษา
<p>ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค</p> <p>1. ปัจจัยเสี่ยง ที่ป้องกันไม่ได้ เช่น อายุ,เพศ, เชื้อชาติ</p> <p>2. ปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันได้ เช่น HT,DM, Hyperlipidnemia, โรคซีฟิลิส Head injury ยาคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การวินิจฉัย</p> <p>1.ประเมินตามหลัก B-E-F-A-S-T ผู้ป่วยที่มีอาการต่อไปนี้บ่งชี้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดในสมอง มีรายละเอียด ดังนี้</p> <p>B : Balance การทรงตัวผิดปกติ</p> <p>E : Eyes การมองเห็นไม่ชัดทันทีทันใด มีต โดยเฉพาตาข้างเดียว เห็นภาพซ้อน ตาเหล่</p> <p>F: Face ปากเบี้ยว มุมปากด้านใดด้านหนึ่งตกหรือไม่ขยับ สังเกตได้โดยให้ผู้ป่วยยิ้มหรือยิงฟัน</p> <p>A: Arms แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ให้ผู้ป่วยยกแขนตั้งฉากกับลำตัวนาน 10 วินาที แล้วพบว่าแขนด้านใดด้านหนึ่งตกลง</p> <p>S: Speech ผู้ป่วยพูดไม่ชัด พูดไม่สะดวก ใช้คำผิด คำพูดสับสน หรือไม่สามารถพูดได้</p> <p>T: Time ระยะเวลาที่มีอาการ</p> <p>2.การตรวจร่างกาย มุ่งให้ความสำคัญการตรวจระบบประสาท Glasgow Coma Scale (GCS) (EMV), pupil reaction และ motor power เป็นต้น แบบประเมิน The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)</p> <p>3.การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจที่สำคัญในระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การตรวจเลือด Complete blood count with platelet count เพื่อติดตามภาวะเลือดหนืด ความเข้มข้นเลือด</p>	<p>ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค</p> <p>ผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวานตั้งแต่ในปี2560 จนถึงปัจจุบัน</p> <p>การวินิจฉัย</p> <p>ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยAcute Ischemic Stroke จากประวัติมีอาการเฉียบพลันภายใน 4-5 ชั่วโมงและมีอาการทางระบบประสาทชัดเจน ได้แก่</p> <p>1.GCS :E3V4M6</p> <p>2.B-E-F-A-S-T: Lt. facial Palsy ,Motor Power แขนขาซีกขวา Grade 3,แขนขาซีกซ้าย Grade 1 ,Dysarthria ,มีอาการก่อนมา1 ชั่วโมง 40 นาที</p> <p>3.NIHSS 19 คะแนน</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พยาธิสรีรภาพของโรคตามทฤษฎีเปรียบเทียบกับผู้ป่วย

ความรู้ทางวิชาการ	เปรียบเทียบกับกรณีศึกษา
<p>ระดับไขมันในเลือด สมดุลเกลือแร่ การทำงานของไต การแข็งตัวของเลือด (Coagulogram, prothrombin time, Activated partial thromboplastin time)</p> <p>4.การตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (Computed Tomography Scan, CT Scan)</p> <p>การรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือด (Recanalization) ได้ 2. การรักษาโดยการผ่าตัด (Carotid endarterectomy) 3.การผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือด (Thrombectomy) 4. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) 	<p>การรักษา</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Recombinant tissue Plasminogen Activator (rt-PA)</p>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เมื่อรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลรักษาได้วางแผนการพยาบาลตั้งแต่แรกรับซึ่งเป็นระยะวิกฤตเฉียบพลันระยะต่อเนื่องจนถึงระยะจำหน่ายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต่อไปนี้

ระยะวิกฤตเฉียบพลันแรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้แก่

1. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวางเฉียบพลัน
2. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม IICP จากการมีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน
3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA
4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วย

ระยะต่อเนื่องหลังได้รับยา rt-PA

1. มีโอกาสเกิดภาวะHypoglycemiaจากการงดน้ำและอาหาร
2. การสื่อสารบกพร่องจากการพูดลำบาก พูดไม่ชัด
3. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก
4. มีโอกาสเกิดอันตรายจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

ระยะจำหน่าย/ฟื้นฟูสภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การพยาบาลระยะวิกฤตเฉียบพลันแรกรับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดในสมองถูกขัดขวางเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: 1. ญาติให้ประวัติพูดไม่ชัด แขนขาซ้ายไม่ขยับ 1.40 hr.ก่อนมา

Objective data: 1. GCS E3V4M6

2. B-E-F-A-S-T: Lt. facial Palsy ,Motor Power แขนขาซีกขวา Grade 3, แขนขาซีกซ้าย Grade 1 ,Dysarthria
3. NIHSS 19 คะแนน

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ
2. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะสมองขาดเลือดเพิ่มเติมได้แก่ ซึมลง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น
3. ไม่มีอาการหายใจลำบาก/ ไม่มีภาวะ Cyanosis ,O₂Sat >94%
4. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน GCS,V/S,GCSทุก 15 นาที x 2 ชม. ทุก 30 นาที x 6 ชม. ทุก 1 ชม. x 16 ชม. และทุก 4 ชม. ถ้ามีความผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- 2.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา
- 3.ดูแลให้ออกซิเจน Cannular 5LPM Keep oxygen saturation > 95%
- 4.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS1000 cc iv drip 80cc / hr. ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น
- 5.สังเกตอาการปวดศีรษะอาเจียน แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่บ่งถึงการมีเลือดออกในสมองหรือมีภาวะสมองขาดเลือด
- 6.หลีกเลี่ยงการผูกยึดผู้ป่วย ให้การพยาบาลทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีช่วงพักซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เนื้อสมองมากขึ้น
- 7.จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น
- 8.ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งการเซ็นใบยินยอมการรักษา

การประเมินผล

- 1.GCS: E4V5M6 Pupil 2 min react to light both eyes, Motorpower แขนขาซีกขวา Grade 5 แขนขาซีกซ้าย Grade 3 > 5 all
- 2.ไม่มี Dyspnea RR=16-20 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะ cyanosis, O₂sat 95-98%RA
- 3.Vital Sign ปกติ :T:36.6-37.4c PR:74-84/min,RR:16- 20/min,BP:115/58-139/80mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสมองบวม IICP จากการมีภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : ญาติให้ประวัติพูดไม่ชัด แขนขาซ้ายไม่ขยับ

Objective data:

- 1.GCS E3V3M6 2.Motor Power แขนขาซีกขวา Grade 3. แขนขาซีกซ้าย Grade 1 4.NIHSS 19
- 5.BP:136/78 mmHg
- 6.CT Brain post rt-PA >Acute cerebral infarction, no Hg.

วัตถุประสงค์

1. ไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมิน

- 1.ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- 2.ไม่มีอาการแสดงของภาวะสมองบวม IICP ได้แก่ ซึมลง สับสนกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชักเกร็งหมดสติ
3. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมิน GCS ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง then ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง then ทุก 60 นาที นาน 24 ชั่วโมง ถ้า GCS ลดลง ≥ 2 รายงานแพทย์ทันที

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง then ทุก 30 นาที นาน 6 ชั่วโมง then ทุก 60 นาที นาน 24 ชั่วโมง ถ้า SBP > 185 or < 110 mmHg, DBP > 110 or < 60, Pulse pressure กว้าง > 30 mmHg รายงานแพทย์

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดทำนอนศีรษะสูง 15-30 องศา ลำคอและสะโพกไม่พับงอ > 90 องศา เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองให้สะดวก ห้ามจัดทำนอนคว่ำหรือนอนศีรษะต่ำ

4. ดูแลให้ออกซิเจน Cannular 5LPM Keep oxygen saturation > 95%

5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 cc iv drip 80cc / hr. ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น

6. ฝ้าระวังและสังเกตอาการปวดศีรษะอาเจียน แขน ขาอ่อนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นอาการที่บ่งถึงการมีเลือดออกในสมองหรือมีภาวะสมองขาดเลือด

7. หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วย ให้การพยาบาลทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีช่วงพักซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่เนื้อสมองมากขึ้น

8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น

9. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงแนวทางการรักษาของแพทย์พร้อมทั้งการเซ็นใบยินยอมการรักษา
การประเมินผล

1. GCS: E4V5M6, Pupil 2 min react to light both eyes ไม่มีอาการแสดงของภาวะ IICP ได้แก่ ซีมลง สับสน กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ชักเกร็งหมดสติ

2. ไม่มี Dyspnea RR = 16-20 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะ cyanosis, O₂sat 95-98% RA

3. Vital Sign ปกติ T: 36.5-37c PR: 72-84/min, RR: 16-20/min, BP: 120/70-140/70 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

Objective data: 1. Acute Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ที่มีอาการข้างเคียงที่สำคัญคือภาวะเลือดออกง่ายและหยุดยาก

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ระดับสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ

3. ไม่มีเลือดออกที่ใดและ ไม่มีจุดจ้ำเลือด

4. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเส้นเลือดสมองแตกได้แก่ ซีมลง สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็งหมดสติ

5. ผล CT หลังให้ยา rt-PA ไม่พบเลือดออกในสมอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ก่อนการให้ยา rt-PA พยาบาลต้องมีการประเมินตาม Checklist for thrombolysis in Acute Ischemic stroke พร้อมให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับข้อดีข้อเสียของการให้ยาและเซ็นยินยอมการรักษา

2. ติดตามผล CT. brain non contrast, Check. V/S, N/S, NIHSS, GCS ก่อนให้ยา rt-PA

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ดูแลเจาะเลือดและติดตาม PT ,PTT, INR, Plt. count ก่อนให้ยา rt-PA
 4. ชั่งน้ำหนักเพื่อคำนวณการให้ยา rt-PA
 5. เปิดหลอดเลือดดำ 2 เส้นสำหรับให้สารน้ำ 0.9%NSS และ on lock ไว้สำหรับให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA
 6. พยาบาลต้องมีการบริหารยาละลายลิ่มเลือด rt-PAอย่างถูกต้องตามหลัก 10R พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาระหว่างและหลังการให้ยา
 7. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา=rt-PA (0.9mg/kg) 49kg. total dose =44.1 mg, 10%=4.41mg IV bolus in 1 minute Stat at ER then 90% rt-PA = 39.69mg.in 0.9%NSS 100ml.with infusion pump IV drip in 60 minute
 8. ขณะผสมยา ห้าม เขย่าขวดยาให้หมุนหรือเรียงขวดละลายยาช้าๆไม่ให้เกิดฟอง
 9. เฝ้าระวังติดตาม Vital Sign & Neurological sign ทุก15 นาทีหลังให้ยาจนครบ 2 ชม.และทุก 30 นาทีนาน 6 ชม. จากนั้นทุกๆ 1 ชม.นาน 24 ชม.
 10. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อ
 - 10.1.SBP>185mmHg หรือ<110mmHg ,DBP >105 mmHg หรือ<60mmHg
 - 10.2.Pulse<50beat/min
 - 10.3.Neurological sign เปลี่ยนแปลง (ลดลง)
 - 10.4.พบอาการ Internal bleeding หรือ bleeding sign ต่างๆ เช่นจุดจ้ำเลือด,เลือดออกตามเหงือก หรือ ซ้ำถ่ายเป็นเลือด
 11. หลีกเลี่ยงการให้ยาทาง SC หรือ IM เพราะอาจทำให้เกิด bleeding ได้
 12. หลีกเลี่ยงการแทงหลอดเลือดดำใหญ่หรือหลอดเลือดแดงหรือการใส่ Catheters ต่างๆ
- การประเมินผล**
- 1.GCS: E4V5M6, Pupil 2 min reactive to light both eyes, Motor power แขนขาซ้ายขวา Grade 5 แขนขา ซีกซ้าย Grade 3 หลัง 24 ชั่วโมง Grade 5 all
 2. ไม่มี Dyspnea RR=16-20 ครั้ง/นาทีไม่มีภาวะ cyanosis, O₂sat 95-98% RA
 3. ไม่มีภาวะเลือดออก
 4. ผล CT: no Haemorrhage
 5. Vital Signs ปกติT:36.6-37.4c PR:74-84/min,RR:16- 20/min,BP:115/58-139/80 mmHg
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลจากโรคที่เจ็บป่วยเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษา**
- ข้อมูลสนับสนุน**
- Objective data:**
1. ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการหายของโรค กลัวไม่หาย
 2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
- วัตถุประสงค์**
1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและวิธีการรักษา
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติ
 3. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติความวิตกกังวลลดลง สีหน้าผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาและยินยอมไปรับการให้ยาละลายลิ่มเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติรวมทั้งแสดงความกระตือรือร้นในการช่วยเหลือ
2. เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหาและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา
3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติถึงอาการของโรคแผนการรักษา การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการเฝ้าระวังอาการภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดสิ่งกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายและได้พักผ่อน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่จะได้รับรวมทั้งการปฏิบัติตัวตามขั้นตอนต่างๆในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติ ญาติสีหน้าคลายกังวล รับประทานอาหารและเข้าใจขณะให้ข้อมูล
3. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะ Hypoglycemia จากการงดน้ำและอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data : 1. แพทย์ให้งดอาหารและน้ำทางปาก

2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) อยู่ในเกณฑ์ 70-160 mg%

การพยาบาล

1. ประเมินและเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้แก่ อาการตัวเย็น ซึพจรเบาเร็ว อ่อนเพลีย เหงื่อออก ใจ สั่น เป็นลม วิงเวียน มึนงง ตาพร่ามัว ซึ่งอาจทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก 8 ชั่วโมงตามการรักษาของแพทย์
3. ดูแลรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษาของแพทย์ กรณีน้ำตาลในเลือดต่ำ (DTX <60 mg%) ดูแลให้ได้รับ 50% glucose 50 ml IV push และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาจเกิดอาการเจ็บปวดระคายเคือง เส้นเลือดหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis) ตรงบริเวณที่ให้ยา เกิดอาการไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย บวม ไปแตสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น
4. ติดตามวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นและสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันที
5. บันทึกจำนวน Intake และ Output ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินผล

1. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ได้ 67 mg% (6/11/65) เวลา 18.00 น. แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์เวรสั่งให้ 50% glucose 50 ml IV push stat ประเมินซ้ำ 1 ชม. = 120 mg%
2. ไม่พบภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำอีกจนกระทั่งจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 การสื่อสารบกพร่องจากการพูดลำบาก พูดไม่ชัด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: 1. ญาติให้ประวัติผู้ป่วยพูดไม่ชัด

Objective data: 1. NIHSS 19 คะแนน Dysarthria : 3 คะแนน พูดไม่ชัด ซ้ำ ออกเสียงไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สามารถสื่อสารและบอกความต้องการกับผู้อื่นได้

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้นพูดได้ชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการพูดและสื่อสารโดยใช้คำถามที่สั้นง่ายและผู้ป่วยสามารถตอบด้วยคำว่า ใช่ หรือ ไม่
2. ให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะสื่อสารไม่แสดงท่าทางเร่งรีบ
3. ใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ เข้าใจและแนะนำให้พูดซ้ำๆ
4. ใช้เสียงพูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงปกติ ช้าๆ
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าของโรค
6. แนะนำให้เขียนเพื่อสื่อสารในบางคำที่พูดไม่ชัด กระตุ้นให้พูดหรืออ่านหนังสือออกเสียงเพื่อฝึกพูดให้ชัดเจนขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพูดได้ชัดเจนแต่ยังช้า ฟังเข้าใจและสื่อสารกับทีมการรักษาพยาบาลและญาติได้ สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. มีโอกาสเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: 1. ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยทานข้าวได้น้อยเพราะเคี้ยวลำบากและมีอาการสำลักในบางครั้งที่ได้รับประทานอาหาร

Objective data: 1. Left Facial Palsy 2. Dysarthria

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักและการกลืนลำบาก

เกณฑ์ประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ค่า $O_2Sat > 94\%$
2. ไม่มีสำลักขณะฝึกการกลืนและสามารถรับประทานอาหารได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการกลืนความสามารถในการกลืน
2. จัดท่าในการรับประทานอาหารให้อยู่ในท่านั่ง ศีรษะตั้งตรง 90 องศาเพื่อช่วยให้การกลืนง่ายขึ้นและนั่งพักหลังรับประทานอาหาร 15-30 นาที

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. จัดอาหารให้เหมาะสมกับระยะของโรคศีรษะสูง 45 องศา ขณะให้รับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร 15-30 นาที

4. จัดบรรยากาศในการรับประทานอาหารให้ผ่อนคลาย ไม่เร่งรีบให้รับประทาน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ไม่มีอาการสำคัญ

2. สัญญาณชีพปกติ V/S:T:36.5-37c PR:72-84/min, RR:16-20/min, BP:120/70-140/70 mmHg, O₂sat:95-98% RA

3. ไม่มีอาการของปอดอักเสบ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดอันตรายจากความสามารรถในการดูแลตนเองเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน

ข้อมูลสนับสนุน

Objective data:

1. Motor power แขนขวา grade 3-5, แขนซ้าย grade 1-4,

2. BI= 55 คะแนน, mRS=4 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อไม่เกิดอันตรายจากความบกพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่การพลัดตกหกล้ม ไม่มีกล้ามเนื้อลีบเล็ก ไม่มีข้อติดแข็ง ไม่เกิดแผลกดทับ เป็นต้น

เกณฑ์ประเมินผล

1. ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

3. ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้อลีบเล็ก ไม่มีข้อติดแข็ง

4. ไม่เกิดแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและฝึกผู้ป่วยและญาติในการช่วยเหลือพยุงลุกนั่ง ยืน เดิน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ 2. สอนและฝึกผู้ป่วยและญาติในการทำกิจวัตรประจำวัน

3. สอนผู้ป่วย/ญาติในการออกกำลังกายแบบ Active-passive exercise

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแขน-ขาข้างที่อ่อนแรงวันละ 3-4 ครั้ง

5. การจัดวางของใช้ควรจัดให้อยู่ด้านที่อ่อนแรง กระตุ้นให้ไม่ละเลยด้านที่อ่อนแรง

6. สอน/แนะนำญาติให้ประคองแขน ขาข้างที่อ่อนแรงทุกครั้งขณะทำกิจกรรม

7. การจัดท่าในการนอนตามแนวปกติและให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม.

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่พลัดตกหกล้ม

2. ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมยืน เดิน ออกกำลังกายได้

3. ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีกล้ามเนื้อเหี่ยวลีบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data: 1. ผู้ป่วยและญาติถามว่า เมื่อหมอจะให้กลับไปบ้านต้องทำอะไรบ้าง
2. ญาติซักถามถึงการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจสามารถในดูแลตนเองที่บ้านและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติถึงแหล่งที่สามารถให้ความรู้หรือการดูแลตนเองเมื่อต้องการความช่วยเหลือ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตนได้
กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยและญาติโดยใช้แผนการจำหน่ายรูปแบบ D-METHOD-P

D-Disease : ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นการรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อาจกลับเป็นซ้ำได้

M-Medicine : สอนให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับและ ผลข้างเคียงของยา

E-Environment & Economic : ให้คำแนะนำเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสถานะของโรค เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม

T-Treatment : ให้คำแนะนำถึงความจำเป็นต้องรับการรักษารับประทานยาต่อเนื่อง มีโอกาสเกิดซ้ำได้
สังเกตสัญญาณเตือนแขนขาอ่อนแรงลง ชาครึ่งซีก พูดลำบาก พูดไม่ชัด ตามัวมองไม่ชัดเห็นภาพซ้อน
บ่งบอกถึงอาการที่อาจกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

H-Health : แนะนำการออกกำลังกายด้วย การเดิน งดดื่มสุรา พักผ่อน 6-8 ชั่วโมง ไม่เครียด

O-Outpatient referral : เบอร์โทรศัพท์เรียกใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669, รพ.สต.เกษม การมาตรวจ
ตามนัดในวันที่ 8 ธันวาคม 2565 ที่คลินิกผู้ป่วยนอกห้องตรวจอายุรกรรม ถ้ามีอาการผิดปกติให้มาก่อนนัด

D-Diet : แนะนำงดอาหารลดหวาน มัน เค็ม แนะนำเรื่องอาหารเน้นการรับประทานผัก ผลไม้เพื่อช่วยเรื่อง
การขับถ่าย หลีกเลี่ยงการเบ่งถ่ายอุจจาระ ดื่มน้ำอย่างน้อย วันละ 8 แก้ว

P-Psychological Support : แนะนำญาติให้กำลังใจผู้ป่วยและการเข้ากลุ่มในชุมชน เช่น การทำบุญ เข้าวัด
ปฏิบัติธรรมฝึกสมาธิ เป็นต้น

2. ประเมินระดับความเข้าใจต่อการปฏิบัติตัวที่ต้องปฏิบัติของผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติรับทราบแผนการรักษาต่อเนื่องขณะกลับบ้านรับประทานยาอย่างเคร่งครัดหลีกเลี่ยงอาหาร
กลุ่มเสี่ยงและมาตรวจตามนัด

2. จากการติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามที่แพทย์นัด 8 ธันวาคม 2565

3. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 57 ปีมาด้วยอาการสำคัญ:แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงอาการคลื่นไส้ปวดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที U/D DM แรกรับ ผู้ป่วยมีอาการซึม ตื่นล้มตาเมื่อปลุกเรียก ตอบคำถามสับสน แต่ทำตามคำบอกได้ (Glasgow Coma Scale:E3V4M6) พูดช้า (Dysarthria) มีปากเบี้ยวเล็กน้อย (Left facial Palsy)แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงมากกว่าแขนขาขวา (Motor Power Grade: Right extremities Grade III ,Left extremities Grade I) NIHSS :19 คะแนน ส่งตรวจ CT brain non contrast : ผล No acute intracranial hemorrhage or recent large territory cerebral infarction วินิจฉัยเบื้องต้น:Acute Ischemic strokeได้รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดชนิด rt-PA (0.9mg/kg) BW:49kg.total dose =44.1 mg, 10% of total dose bolus in 1min.=4.41 mg. then 90% of total drip in 60 min. =39.69mg.รวมระยะเวลาที่ห้องฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 3 นาที ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่ ICU หลังได้รับการรักษาด้วยการให้ยา rt-PA ครบ 24 ชั่วโมง ได้ทำ CT Brain ผล ill define: Hypodense lesion at rt. frontal lobe ;suspected acute cerebral infarction ,Well defined :Hypodense lesion at rt.corona radiata;suspected lacunar infarction no definite evidence of recent intracranial hemorrhage หลังให้ยาและเฝ้าระวังที่หอผู้ป่วยวิกฤตจนครบ 24 ชั่วโมง อาการดีขึ้น GCS: E4V5M6 ,PP= 2 mm RTL BE, Motor Power Gr.5ALL,NIHSS: 0 คะแนน จึงย้ายไปตึกอายุรกรรมหญิง หลังการรักษาครบ 72 ชั่วโมงไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ดีมีการประสานทีม Inter mediate careในการร่วมวางแผนจำหน่ายแพทย์ให้จำหน่ายและนัดติดตามการรักษาอีก 1 เดือน วินิจฉัยโรคเบื้องต้น : Acute Ischemic stroke วินิจฉัยโรคสุดท้าย : Acute Cerebral Infarction Admit วันที่ 6 ธันวาคม 2565 จำหน่ายทุเลาในวันที่ 9 ธันวาคม 2565 รวม 3 วัน

5.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ)

ผลสำเร็จของงาน ในปี งบประมาณ 2563,2564,2565 และ 2566(6ด.)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566 (6ด.)
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเข้ารับการรักษา (คน)		81	96	95	53
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงบริการภายใน 3 ชั่วโมง	>50	24.25	28.82	32.2	38.97
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับยาละลายลิ่มเลือด	>4%	3.70	3.12	5.26	7.01

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ)

ผลสำเร็จของงาน ในปีงบประมาณ 2563,2564,2565 และ 2566 (6ด.)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ 2563	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566 (6ด.)
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน60นาที	>90%	100	100	100	100
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภาวะแทรกซ้อน	<5%	0	0	0	0
อัตราการตาย	7%	0	0	0	0

ผู้ป่วยที่สมองขาดเลือด เวลา เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วประสิทธิภาพการรักษาคือการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว และการรักษาถูกต้องอย่างทันท่วงทีจะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายลง จึงมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถในการประเมินคัดกรอง การรายงานแพทย์รวมทั้งการประสานงานอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาและต้องใช้ความรู้และทักษะวิชาชีพขั้นสูงในการประเมินเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

ผลสำเร็จของงาน เชิงคุณภาพ

- 1.พยาบาลสามารถให้การพยาบาลในระยะคัดกรอง การพยาบาลในระยะแรกรับวิกฤต การพยาบาลในระยะต่อเนื่องรักษาในโรงพยาบาลและระยะจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้ถูกต้องและรวดเร็วทันเวลา
- 2.ผู้ป่วยไม่มีความพิการหลงเหลือ สามารถใช้ชีวิตได้ตามสุขภาวะของตนเองจากที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วและทันเวลา
- 3.ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลงจากการรักษาพยาบาล
- 4.ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- 5.ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีความเข้าใจต่อโรคและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว
- 6.ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถ้ากลับเป็นซ้ำอีกครั้ง

6. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางการศึกษา ค้นคว้าเกี่ยวกับการพยาบาลและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด
2. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
3. ใช้เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ทันเวลา สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่กู้ชีพในชุมชน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพบลักษณะความยุ่งยากของงานดังนี้

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองต้องอาศัยการประเมินที่รวดเร็วถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยมาทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมง พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินมีระบบที่เชื่อมต่อเชื่อมโยงได้อย่างไม่ติดขัดเพื่อลดระยะเวลาก่อนที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือดซึ่งพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญซึ่งต้องใช้ความรู้และทักษะในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ช่องทางด่วน Stroke Fast Track ที่ส่งผลโดยตรงต่อระยะเวลาในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการแรกเริ่ม คัดกรองเบื้องต้น ประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญ Onset Time การตรวจร่างกาย การรายงานแพทย์ทันที รวมถึงการประสานงานทุกสาขาวิชาชีพอย่างรวดเร็วเพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาประเมินและวางแผนการรักษาพยาบาลที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างถูกต้องทันเวลาและในกระบวนการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทั้งขณะและหลังให้ยาต้องมีการเฝ้าระวังในส่วนของระบบประสาทอย่างใกล้ชิดประกอบด้วย Glasgow coma scale และ National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) รวมทั้ง Vital sign การประเมินอย่างถูกต้อง การติดตามการให้ยาหรือแม้แต่กระบวนการบริหารยาที่ต้องให้อย่างรวดเร็วและถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งยาละลายลิ่มเลือดมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เสี่ยงต่อการเลือดออกในสมองเพิ่มที่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ เป็นภาระแก่ครอบครัวในการดูแลพร้อมทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และหรือถึงขั้นเสียชีวิตได้ จะเห็นได้ว่าพยาบาลต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้ทันเวลา รอดพ้นจากภาวะภาวะวิกฤตทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นสภาพไม่มีความพิการหลงเหลือและดำรงชีวิตได้ตามปกติ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มาด้วยอาการสำคัญ: แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงอาการลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง 40 นาที U/D DM แรกเริ่ม ผู้ป่วยมีอาการซึม ตื่นล้มตามเมื่อปลุกเรียก ตอบคำถามสับสน แต่ทำตามคำบอกได้ (Glasgow Coma Scale:E3V4M6)พูดซ้ำ (Dysarthria) มีปากเบี้ยวเล็กน้อย(Left facial Palsy)แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงมากกว่าแขนขาขวา (Motor Power Grade: Right extremities Grade III ,Left extremities Grade I) NIHSS :19 คะแนน ส่งตรวจ CT brain non contrast : ผล no acute intracranial hemorrhage or recent large territory cerebral infarction จากการซักประวัติอาการที่เกิดขึ้นเฉียบพลันอาการและอาการแสดงที่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยแต่ปัญหาคือ ผล CT ไม่พบความผิดปกติ แต่อายุรแพทย์ตัดสินใจเสนอการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแก่ญาติและผู้ป่วยที่ระดับความรู้สึกรู้ตัวที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ญาติตัดสินใจยินยอมรักษาแม้ว่าจะมีความเสี่ยงสูงจากการรักษา ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองที่รวดเร็วถูกต้อง สามารถเข้าถึงการรักษาที่ถูกจำกัดด้วยระยะเวลาได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลาแต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง และปัญหาผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน จากประวัติผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการดูแลรักษาตัวเองจากโรคที่เป็นอยู่เพราะจากประวัติที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2560 แต่มีการหยุดยาเอง ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยหยุดยาเองเพราะคิดว่าตัวเอง หายจากโรคผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาใหม่ในปี 2562 และจากการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีโอกาที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบหัวใจและหลอดเลือดสมองถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีจะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีกได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักเห็นถึงความสำคัญ การแนะนำให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้เมื่อกลับไปบ้านจะทำให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังตนเอง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารหวาน งดมันเค็ม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

9. ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างต่อเนื่องภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ
2. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งเครือข่าย
3. การทบทวนและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทุกระยะโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักรังสีวิทยา นักเทคนิคการแพทย์ นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด
4. การมีส่วนร่วมของผู้นำและชุมชนในการมีนโยบายการสร้างองค์ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านบริการ

1. ระบบการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มโรคเรื้อรังเช่นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น
2. การวางแผนการพยาบาลทุกระยะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทุกระยะทั้งเครือข่าย
3. การสร้างนวัตกรรมใหม่ๆในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวให้ห่างไกลโรค รวมถึงทราบถึงสัญญาณเตือนที่ต้องรีบเข้ารับการรักษา

ด้านผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัดและการมาตรวจตามนัด
2. ผู้ป่วยต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพตนเอง

ด้านวิชาการ

1. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่ายได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track โดยใช้ B-E-F-A-S-T เพื่อการวินิจฉัยเบื้องต้นและเข้าถึงรักษาอย่างรวดเร็ว ทันเวลา การใช้แบบประเมิน National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ประเมินระดับความรุนแรงของโรคเพื่อ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป็นการเฝ้าระวังภาวะวิกฤต ประเมินความก้าวหน้าของโรค นำมาวางแผนการการพยาบาลและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

2. จัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทุกระยะวิกฤตแรกรับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่ายฟื้นฟูสภาพ

3. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเครือข่ายเพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบบริการ

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน : ไม่มี

การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยได้นำมาจัดทำเป็นรูปเล่ม รวบรวมโดย นางสาวนุชกานต์ ใจตรง เป็นผู้เสนอผลงานทุกขั้นตอน ร้อยละ 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 15 สิงหาคม 2566

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางกัญญ์วรา อุนนิสากร)

หัวหน้าพยาบาล

วันที่ 15 สิงหาคม 2566

(ลงชื่อ)

(นางสาวจุไรรัตน์ ทมพันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิพิธผล

วันที่ 15 สิงหาคม 2566

เห็นชอบตามเสนอ

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖

ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวนุชกานต์ ใจตรง

เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพ) ระดับชำนาญการพิเศษ
(ด้านการพยาบาล)

ตำแหน่งเลขที่ 76532 กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตระการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ห้องฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน (หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราการตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็น เพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 479, 534, 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2560 - 2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ(ข้อมูลจาก: กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯกรมควบคุมโรค) ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงถึงขั้นเสียชีวิต และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการระยะยาว ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้อื่นตลอดชีวิต เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่เกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาการสมองขาดเลือดจะเกิดแบบเฉียบพลัน มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก เดินเซ ปวดศีรษะมาก ตามัวมองเห็นไม่ชัด โดยอาการเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และในกลุ่มอาการหลอดเลือดสมองแตก มีเลือดออกในเนื้อสมองและเลือดออกใต้ชั้นเยื่อหุ้มสมองผู้ป่วยจะมีเนื้อสมองบวมขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของความดันในกะโหลกศีรษะอย่างรวดเร็ว มักจะมีอาการปวดศีรษะทันที อาเจียน แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ชักหรือหมดสติได้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าและเป็นภาวะวิกฤตของแต่ละบุคคล หากได้รับการแก้ไขอย่างทันที่และเหมาะสม สมองเป็นอวัยวะที่ทนต่อการขาดเลือดได้ในเวลาที่จำกัด ดังนั้น การรักษาผู้ป่วยที่สมองขาดเลือด เวลา จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด การรักษาที่เร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวได้เร็ว วิธีการรักษาที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันวิธีหนึ่ง ได้แก่ การรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เป็นการรักษาที่ได้มาตรฐานและได้รับการยอมรับได้ผลค่อนข้างดี ผู้ป่วยต้องได้เริ่มให้ยาภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของสถานบริการให้มี มาตรฐาน พร้อมต่อการรองรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันด้วยการ

ให้ยาละลายลิ่มเลือด จึงเป็น สิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการพัฒนากระบวนการจัดการดูแลทางด่วนพิเศษ (Stroke Fast Track) โดยมีแนวทางการ ดูแลรักษาที่ชัดเจน มีทีมบุคลากรแพทย์ พยาบาลและ สหวิชาชีพอื่นๆ ที่มีความรู้ความชำนาญในการประเมินในระยะเฉียบพลันและการดูแลต่อเนื่อง

จากปัญหาดังกล่าวรวมทั้งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน ที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้ได้มาตรฐาน โดยเป้าหมายที่สำคัญคือการลดอัตราการตายและความพิการ งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดขึ้น เพื่อให้มีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ทั้งด้าน สมรรถนะบุคลากรพยาบาล มีกระบวนการจัดบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ รวดเร็วขึ้น รวมทั้งมีการประสานการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลรักษาดีขึ้น ลดความพิการ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน
3. เพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ทันเวลาไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน

บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลตระการพิรุณ เป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการเปิดบริการรักษาผู้ป่วย Infarction Stroke ในปีงบประมาณ 2563 ซึ่งจากข้อมูลการรักษาเมื่อปี 2563-2565 มีผู้ป่วยจำนวน 199,452 และ 512 ราย ตามลำดับ อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงระบบ fast track ภายใน 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 24.25, 18.11 และ 32.20 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วย fast track ดังกล่าวจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อการรักษาที่เหมาะสม และมีผู้ป่วย Ischemic Stroke ที่ต้องรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้รับการรักษา จำนวน 3,3 และ 5 รายตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี แต่อัตราการเข้าถึงการรักษายังต่ำ จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยสูงอายุต้องรอญาติที่กลับจากการทำงานพาไปรักษา บางรายรอสังเกตอาการและขาดการตระหนักรู้ถึงผลกระทบของการเกิดโรค ทำให้เกิดอาการมินชา อ่อนแรง ซึ่งเป็นอาการที่ไม่รุนแรงไม่มีภาวะคุกคามถึงต้องเสียชีวิตทันที และกลุ่มดังกล่าวจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดซึ่งต้องใช้เวลาในการเดินทาง จากปัญหาดังกล่าวรวมทั้งนโยบายของเขตบริการสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุขที่หวังให้เพิ่มการเข้าถึงการรักษา ลดอัตราการตาย และลดอัตราเสียชีวิต โรงพยาบาลตระการพิรุณจึงเริ่มพัฒนาระบบบริการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด เมื่อเดือนตุลาคม 2565 ในระยะแรกรูปแบบ

การบริการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพไม่ชัดเจน แนวทางการดูแลไม่ครอบคลุม ระบบช่องทางด่วนยังไม่บรรลุตามเป้าหมายขององค์กร

จากข้อมูล สรุปปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พบว่า

- 1) ระบบการบริการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพยังไม่ชัดเจน
- 2) อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมาถึงโรงพยาบาล ภายในเวลา 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ มีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย
- 3) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีพื้นที่ระยะทางที่ห่างไกล และรอปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงระยะเวลาเดินทางทำให้นานมากกว่า 4-5 ชั่วโมง

แนวคิดพัฒนางาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการพัฒนาระบบบริการและกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้มาตรฐานบรรลุเป้าหมาย เชื่อมโยงทั้งระบบ ตั้งแต่รณรงค์ให้ประชาชนตระหนักรู้ ตื่นตัวในการสังเกตอาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมาตรวจเพื่อคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยระยะแรก ระบบการดูแลแรกที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยสามัญและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงเสนอแนวคิดเชิงระบบที่มีการร่วมมือกันทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ห้องฉุกเฉินที่มีองค์ประกอบ 3 ส่วนคือ ตัวป้อน (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Output) โดยได้นำเข้าสู่กระบวนการ

1. การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบทโรงพยาบาล สถานการณ์ปัญหาในเชิงระบบ
2. ค้นหาปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อระบบการดูแลรวมถึงบทบาทหน้าที่ขององค์กรภาคีเครือข่ายแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
3. ทีมร่วมกันวางแผนในการพัฒนาและปฏิบัติการตามแผนพัฒนา ประเมินผลและปรับปรุงการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

จึงมีแผนการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามบริบทของโรงพยาบาล โดยกำหนดระยะเวลาดำเนินการและติดตามประเมินผล ในปี 2566 (ตุลาคม 2565-กันยายน 2566)

แนวทางการพัฒนา ดังนี้

1. ประชุมทีม Service Plan สาขาStroke เพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันร่วมกัน
2. การจัดทำแนวทางขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับทีมสาขาสหวิชาชีพและเครือข่ายดังนี้
 - 2.1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลตระการพิรุณที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 2
 - 2.2. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้หลักการ B-E-F-A-S-Tสำหรับพยาบาลใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Stroke Fast Track
 - 2.3. แนวทางการประเมินความรุนแรงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้แบบประเมิน NIHSS เพื่อเฝ้าระวังอาการและวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

- 2.4. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ standing order ใน Acute ischemic stroke , Care map check list for Acute ischemic stroke, Thombolysis check list , แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วย
- 2.5. แนวทางการดูแลระยะกลาง (intermediate care)
- 2.6. แนวทางการประสานการส่งต่อผู้ป่วยและข้อมูลจาก หน่วยกู้ชีพตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน
- 2.7. ระบบรักษาอายุรแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
- 2.8 แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ดังนี้

ด้านการบริหาร

1. การเพิ่มสมรรถนะบุคลากร โดยจัดการอบรมฟื้นฟูวิชาการ ความรู้ในด้านต่างๆ โดยเฉพาะแนวทางการประเมินอาการผู้ป่วย การอ่านและแปลผล EKG , CT , ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้แก่พยาบาลและบุคลากรที่ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ติดตามนิเทศการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดของบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

3. ส่งเสริม สนับสนุน ให้สหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งในเรื่องการทำ Case conference การวิจัย และนวัตกรรมที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเป็นลักษณะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายเพราะปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกันการจัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายจะช่วยแก้ปัญหาได้ตรงประเด็นมากขึ้น

2. การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับแผนการดำเนินชีวิตโดยใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่อย่างสูงสุด แม้ว่าจะเป็นเรื่องยากโดยเฉพาะการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับสู่สภาวะปกติและกลับบ้านอย่างปลอดภัย

ด้านผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง อาการที่มาพบแพทย์ก่อนนัดและการมาตรวจตามนัด

2. ผู้ป่วยต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพเอง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนมีการรับรู้ ความเข้าใจและสามารถสังเกตอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมาถึงโรงพยาบาล ภายในเวลา 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการเพิ่มมากขึ้น
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มมากขึ้น
4. ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ทันเวลา ภายใน 60 นาทีเพิ่มมากขึ้น
5. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ(เชิงปริมาณ)

1. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันมาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ $\geq 50\%$
2. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด $>4\%$
3. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ภายใน 60 นาทีหลังมาถึงโรงพยาบาล $>90\%$
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-PA $<5\%$
5. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง $<7\%$

ตัวชี้วัดความสำเร็จ(เชิงคุณภาพ)

1. มีการทำงานเป็นทีม ติดต่อกัน ประสานงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย
2. มีการจัดระบบและแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน เป็นเครื่องมือในการสื่อสารประสานทีมในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ
3. บุคลากรมีความรู้ ทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต และสามารถเฝ้าระวังความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้
4. การมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยทำให้ประเมิน วินิจฉัย ช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเป็นการเตรียมความพร้อมวางแผนในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

ลงชื่อ.....ผู้เสนอ

(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 15 สิงหาคม 2566

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยงฯ กรมควบคุมโรค ธรรมนูญโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565.(online)สืบค้น (3พฤศจิกายน 2565).
2. การจัดการความรู้ : การตรวจทางระบบประสาทhttps://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km_Nervous_system1.html สืบค้น 13 พฤศจิกายน 2565.
3. นาฎยา เอื้องไพโรจน์,ชนกพร อุตตะมะ,จรรยา กาวิเมือง,ปริชาติชนทร์กษ.การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่2564.พยาบาลสาร;48(1):1-14
4. นิภาพร บุตรสิงห์.การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน.วารสารสภาการพยาบาล 2562;34(3)15-29
5. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline For Stroke)2550.สถาบันประสาทวิทยาชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย
6. วิทยาลัยการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.แนวทางการรักษาและให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันภายนอกโรงพยาบาลและที่ห้องฉุกเฉินปี2563.วิทยาลัยการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.2563
6. ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี,สินีนานฎ นาคศรี.ความสัมพันธ์ของระดับความรุนแรงของโรคกับอาการทางระบบประสาทที่แย่ง ในระยะแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันแบบเฉียบพลัน 2564.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก32(2) ;
7. สงบ บุญทองโท,นิสากร วิบูลชัย,องุ่น บุตรบ้านเขวา.การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลาวาปีปทุมและเครือข่ายบริการ.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2560;14(3):100-113
8. สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุขคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาตอัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน.2554.
9. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน.2464.
10. สมบัติ มุ่งทวีพงษา .โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิฤติ.ก.ท.ม..สำนักพิมพ์หาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2563.
11. เสกสรร จวงจันทร์,กมลรัตน์ จอมสีมา,วีระชาติ วรธรรม.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ.วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 .2562.;17(2): 5-18
12. แสงอรุณีใจวงศ์ผาบ,ศรีวรรณเรืองวัฒนา,ธนิดาจิตนารินทร์และกนกรัตน์มีชชะ.การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลลำพูน.วารสารพยาบาล2563.;69(2):37-45
13. อกันตรี กองทอง.การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยวารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข.2565.1(3):1-17
14. อาคม อารยาวิชานนท์.โรคหลอดเลือดสมองในเวชปฏิบัติ.อุบลราชธานี.ศิริธรรมออฟเซท.2556.
15. Antipova D,Eadie L,Macaden,Wilson P.Diagnostic accuracy of clinical tools for assessment of acute stroke :a systematic review.BMC Emerg Med.2019.19:49

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำหนักเกินของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม ๒๕๖๖ - ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามหัวข้อต่อไปนี้

๑. ความรู้ในการดำเนินกิจกรรมได้จากการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำหนักเกินของบุคลากร ครั้งนี้ ใช้ความรู้ ความชำนาญของทีมนักวิชาการจากการเข้าร่วมอบรมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง การอบรมโครงการองค์กรไร้พุง จากคณะวิทยากรของศูนย์อนามัยที่๑๐อุบลราชธานี ทั้งเรื่องขบวนการ การจัดกิจกรรม ทักษะการให้ความรู้ เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ทักษะการจูงใจ ทักษะการให้คำปรึกษา และการเสริมแรงทางบวก ทักษะกระบวนการกลุ่ม ซึ่งการสร้างแรงจูงใจ การยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบดูแลสุขภาพได้ดีมีอายุยืนตั้งแต่เป้าหมายอายุ๑๒๐ปีได้แก่ นายแพทย์ เฉก ณะศิริ และภรรยา ต้นแบบคนดังที่สามารถลดน้ำหนักได้ ซึ่งโปรแกรมจะเป็นกิจกรรมที่ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำเร็จได้ นอกจากนี้ด้านอาหารให้นักโภชนาการของโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษา ส่วนการออกกำลังกายให้นักกายภาพบำบัดเป็นผู้สอน และสาธิต ส่วนอารมณ์ใช้สมาธิบำบัด และสมาธิบำบัดแบบ SKTทำ๑,๒,๓,๗ และยังมีการสร้างกลุ่มไลน์ในการให้ข้อมูลข่าวสาร และส่งผลการดำเนินกิจกรรม การสอนวิธีการสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การสร้างแรงจูงใจโดยให้รางวัลในคนที่ทำกิจกรรมได้ตามเป้าหมายและยั่งยืน

- ๒.แนวคิดทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

- ๓.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

- ๔.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความรู้

- ๕.แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

- ๖.แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) ของกอง สุขศึกษา

- ๗.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

ประเทศไทย ปี ๒๕๕๗ ถึงปัจจุบัน พบคนไทย ๑๙.๓ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๑ มีภาวะ “อ้วน” หรือคนที่เดินเข้ามา ๓ คน จะมีคนที่มีภาวะอ้วน ๑ คน และมีคนไทยที่มีรอบเอวเกิน “อ้วนลงพุง” กว่า ๒๐.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ ทั้ง ๒ กลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรค NCDs นพ.ตฤพล วิรุฬหการุญ นายกสมาคมแพทย์ฟื้นฟูสุขภาพและส่งเสริมการศึกษาโรคอ้วน กรุงเทพ (BARSO) และประธานคณะผู้บริหาร บีดีเอ็มเอส เวลเนส คลินิก กล่าวว่า โรคอ้วน ไม่ได้ส่งผลต่อสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลต่อเศรษฐกิจอีกด้วย ๑๓.๒% ของงบประมาณสาธารณสุขทั่วโลก คิดเป็นเงิน ๙.๙ แสนล้านดอลลาร์ หรือประมาณ ๒๙ ล้านล้านบาท สูญเสียไปกับปัญหาน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งเศรษฐกิจประเทศไทยก็โดนผลกระทบเช่นเดียวกันความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็น มูลค่ามากกว่า ๒ แสนล้านบาท หรือ ๑.๒๗% ของ GDP ทั้งประเทศ และถ้าปัญหานี้ยังไม่ถูกแก้ไข ในอีก ๔๐ ปีข้างหน้า อาจกระทบเศรษฐกิจของประเทศไทยได้สูงถึง ๒.๗ ล้านล้านบาท หรือ ๔.๘๘% ของ GDP

เขตสุขภาพที่ ๑๐ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร พบว่าประชากรอายุ ๑๙-๒๙ ปี ที่มี ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในปี ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๖๑

จากผลการตรวจสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ ในปี 2563,2564 พบว่าเจ้าหน้าที่และลูกจ้าง มีภาวะ ความเสี่ยง รอบเอว และ BMI เกินจำนวน.144 คน.คิดเป็นร้อยละ52.36 และในปี2563 ผลจากเก็บแบบสอบถามความ

รอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.ของบุคลากรได้จำนวน 81ชุดพบว่า ผลการประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพโดยรวม ได้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 49.01 จากคะแนนเต็ม72.08 มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ร้อยละ 22.33 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ระดับพอใช้ ในปี2565 ผลการตรวจสุขภาพ ประจำปีของบุคลากรที่มาตรวจสุขภาพ 275คนมีค่าดัชนีมวลกายเกิน 144 คนคิดเป็นร้อยละ 52.36 มีรอบเอวเกิน 108 คน จากคนที่มาตรวจ 263 คนคิดเป็นร้อยละ 41.06 ตรวจพบไขมันสูง 84 รายคิดเป็นร้อยละ 30.55 พบระดับน้ำตาลใน เลือดสูง 8 รายพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.09 เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกัน ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากความอ้วนขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อภาวะน้ำหนักเกินของบุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ เพื่อสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากโรคอ้วนรวมทั้ง ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อภาวะน้ำหนักเกินของบุคลากร โรงพยาบาลเชียงใหม่

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรโรงพยาบาลเชียงใหม่ ที่มีภาวะ อ้วนและผ่านการตรวจสุขภาพประจำปีของโรงพยาบาลเชียงใหม่ประจำปีงบประมาณ 2565 โดยมีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยมีกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 100 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง Aและกลุ่มทดลอง B กลุ่มละ50คน ตาม ความสมัครใจ กลุ่มทดลอง Aใช้โปรแกรม Aสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองBใช้โปรแกรม Bสนับสนุนการ จัดการตนเอง ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ใน การทดลองได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง (โปรแกรม A,โปรแกรม B) และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามวัดความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ paired t- test

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม A และ โปรแกรม B โปรแกรมA เป็นการพัฒนาความ รอบรู้จากแนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) ของกอง สุขศึกษา โปรแกรม B เป็นการพัฒนาจาก แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy – HL) ของกองสุขศึกษา ร่วมกับแนวคิดการทำ IF (Intermittent Fasting) การกินอาหารแบบจำกัดช่วงเวลาและจำกัดเวลาในการทานอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแบบวัดความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคอ้วนของกองสุขศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของบุคลากร ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคอ้วน 4องค์ประกอบ ดังนี้องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพองค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนที่ 3พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.

ขั้นตอนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มี BMI เกิน 100 คนจากผลการตรวจสุขภาพแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามความสมัครใจ กลุ่มละ50 คน กลุ่ม Aใช้โปรแกรม A และกลุ่ม B ใช้ โปรแกรม B สนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำหนักเกิน ของบุคลากร โรงพยาบาลเชียงใหม่ ใน ระหว่าง เดือนพฤษภาคม - ตุลาคมคค 2566 ใช้เวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็นระยะ ดำเนินกิจกรรม 8สัปดาห์ และติดตามประเมินผล 4 สัปดาห์)การทำวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรม

การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เลข ที่ SSI.UB 2566-103)

โปรแกรม A การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอ้วน ในบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 “ตั้งใจ ลด FAT” ตั้งเป้าหมายและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 “เข้าถึง เข้าใจ FAT” วิเคราะห์ สาเหตุ ปัญหา ผลกระทบที่เกิดจากโรคอ้วน โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 “กิจกรรม รู้ทันสื่อ เท่าทัน FAT” ค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา สาเหตุผลกระทบที่สำคัญของโรคอ้วนใช้โทรศัพท์ Smart Phone และการใช้กลุ่ม Line เพื่อติดตามข้อมูลข่าวสาร

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 “ฝึกเลือกบริโภค ลด FAT และ FUN FOR FAT” ฝึกทักษะการเลือก บริโภคเพื่อป้องกันโรคอ้วน

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 “สื่อสาร ลด FAT” . ฝึกทักษะการคิด วิเคราะห์ ผลดี ของการ ป้องกันโรคอ้วน

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 6 “แลกเปลี่ยน ลด FAT ”สรุปประเด็นแลกเปลี่ยนการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมที่ 7 “เพื่อน ลด FAT” จับคู่แสดง บทบาทสมมุติในการเลือกบริโภคอาหาร และออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมที่ 8 “ผู้พิชิต FAT” แลกเปลี่ยนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรมกลุ่มและติดตามผล

โปรแกรม B การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับร่วมกับแนวคิดการทำ IF (Intermittent Fasting) การกินอาหารแบบจำกัดช่วงเวลาและจำกัดเวลาในการทานอาหาร จะแบ่งเวลาการกินออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงอด (Fasting) ช่วงกิน (Feeding) โดยใช้แบบ. Lean Gains : ซึ่งเป็นวิธีที่นิยมมาก คืออดอาหาร 16 ชั่วโมง และกิน 8 ชั่วโมง สำหรับผู้หญิงให้ อด 14 ชั่วโมง และกิน 10 ชั่วโมง แล้วค่อย ๆ ปรับชั่วโมงอดให้มากขึ้นเมื่อร่างกายเริ่มปรับตัว

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมสำเร็จได้คือท่านผู้อำนวยการเห็นความสำคัญ และยังเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพที่ดีด้วย และประกอบกับที่ได้นำโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ความรอบรู้ในการป้องกันโรคอ้วนทั้ง๒โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนจากแบบประเมินพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โปรแกรม Bมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน สูงกว่ากลุ่มโปรแกรม A ส่วนค่าเฉลี่ยของน้ำหนักหรือ BMI พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก และ MBI ลดลงร้อยละ๔๐ และ๔๒ ซึ่งไม่แตกต่างกันมาก แต่ถ้าเปรียบเทียบกันพบว่าโปรแกรมB สามารถลดน้ำหนักและBMIได้เฉลี่ยมากกว่าโปรแกรม A และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าระดับ ไขมัน ระดับน้ำตาล ลดลงร้อยละ ๔๐ มี ๑คนที่ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือด ค่าการทำงานของตับ และการทำงานของไต ดีขึ้นเป็นปกติ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น ละครดับBMI ลงได้สัญญาว่าจะดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องซึ่งจะมีการติดตามต่อไป

๖. การนำประโยชน์ไปใช้/ผลกระทบ

๑. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ สามารถช่วยให้บุคลากรที่มีภาวะอ้วนหรือ BMI เกินลดน้ำหนักลงได้
๒. นำโปรแกรมนี้ไปใช้ในเครือข่ายสุขภาพ อำเภอ รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆในอำเภอเชียงใหม่
๓. นำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับใช้กับประชาชน ในชุมชนที่มีน้ำหนักเกิน และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรค NCD

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน

๑. บุคลากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงส่วนมากเป็นคนที่ทำงานเป็นกะ และมีภาระงานมาก และพักผ่อนไม่เพียงพอ
๒. บุคลากรมีแบบแผนในการดำเนินชีวิตแตกต่างจากคนทั่วไปบางคนทำงานเวลาดกลางคืนมากกว่ากลางวัน
๓. ด้านทัศนคติ ความคิด ความเชื่อในการบริโภคอาหาร

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. ลักษณะการปฏิบัติงานของ บุคลากรเป็นกระทำให้การทำกิจกรรมยุ่งยาก
๒. ภาระงานของแต่ละวิชาชีพที่แตกต่างกันการทำกิจกรรมได้แตกต่างกัน
๓. ความสะดวกในการสั่งอาหารและเครื่องดื่ม มีมากขึ้นทั้งระบบOnline Off Line
๔. สถานที่/อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย มีไม่เพียงพอ
๕. ขาดการตระหนัก ความมุ่งมั่นตั้งใจในการลดน้ำหนักและความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรเพิ่มการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก
๒. ควรศึกษาในประเด็นความสัมพันธ์ที่มีผลต่ออุปสรรค หรือแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

อยู่ระหว่างการดำเนินงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- ๑) นางมยุรี บุญศักดิ์ สัดส่วนผลงาน ๘๐ %
- ๒) นายภูวนันต์ กอมณี สัดส่วนผลงาน ๒๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *นาง มยุรี*
 (นางมยุรี บุญศักดิ์) ผู้ขอประเมิน
 วันที่ ๑๕ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. นางมยุรี บุญศักดิ์	<i>นาง มยุรี</i>
๒. นายภูวนันต์ กอมณี	<i>ภูวนันต์</i>

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *นางสาว พนิดา*
 (...นางสาวพนิดาพร... อุบลราชธานี...)
 (ตำแหน่ง)...พจนานุกรมวิทยุชุมชน...
 วันที่..... 12 เดือน..... ๑๑ ปี..... ๒๕๖๖
 ผู้บังคับบัญชาที่ดูแล

เห็นชอบตามเสนอ



ลงชื่อ..... *นายสาโรช สมชอบ*
 (...นายสาโรช สมชอบ...)
 (ตำแหน่ง)...แพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)...
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงโคก
 วันที่..... ๑๕ เดือน..... ๑๑ ปี..... ๒๕๖๖
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว “ กายพิศ จิตดี ชีวี ยืนยาว ” ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
เชียงใหม่ อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี

๒ หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aged Society) กล่าวคือมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ๑๐ ล้านคน และจากการคาดการณ์ของสหประชาชาติใน ปีพ.ศ.๒๕๖๘ ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๑-๒๔ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ ๗๙ หรือ ๕ ล้านคนเป็นกลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ อีก ๑.๓ ล้านคนหรือร้อยละ ๒๑ คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือเรียกว่า ติดบ้าน ติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและสังคม จากการสำรวจของกรมอนามัย (๒๕๕๖) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ ๑๓ ในกลุ่มเดียวกัน รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง โดยใช้ท้องถิ่นและชุมชนเป็นฐานในการจัดการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ ดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และ ความเสื่อมตามวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกพื้นที่เป็นบริการด่านหน้า ที่ผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยเข้าถึงได้ง่าย ผู้สูงอายุในชุมชนมีจำนวนมากขึ้นส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และมีความเสื่อมตามวัยตามทฤษฎีทฤษฎีความสูงอายุ คือ ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theories) ที่มีการเสื่อมถอย ในการทำหน้าที่ของอณูผล และ ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) การถดถอยจากการดำเนินชีวิตและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้นการคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางสังคม แบบแผนและบุคลิกภาพ เดิม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขโดยคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่สอดคล้องกับ สภาพร่างกาย โดยเน้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ จึงเสนอแนวความคิดพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว กายพิศ จิตดี ชีวี ยืนยาว” ขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ ติดสังคมและ ติดบ้าน เขตรับผิดชอบของ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองเชียงใหม่ จำนวน ๑,๑๘๙ ราย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวิธีดำเนินงานโดย ปฏิบัติการตามวงล้อการพัฒนา (Plan-Action -Observ-Reflecttion) โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ร่วมดำเนินการทุกขั้นตอน มี ๓ ระยะคือ ๑.ระยะก่อนการพัฒนา/วิเคราะห์สถานการณ์ โดย ศึกษาข้อมูลสถานสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จากฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data center) ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ และ ลงเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening : BGS) สัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แล้ว คัดเลือกตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) สัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ออกแบบบริการ สรุปผลการประชุม กำหนดรูปแบบการพัฒนา ดังนี้ ๑ กลุ่มติดสังคม เน้นการส่งเสริมสุขภาพสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุข ๕ มิติ ๒.กลุ่มติดบ้าน เน้นการสร้างความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ ๒.ระยะพัฒนารูปแบบ กายพิศ จิตดี

ชีวิ ยืนยาว โดยใช้ กระบวนการ PAOR ดังนี้ ๑ กลุ่มติดสังคม สํารวจข้อมูลผู้สูงอายุ / ชมรมผู้สูงอายุ / จัดตั้ง คณะทำงานเพื่อจัดทำโรงเรียนผู้สูงอายุ ภายพิศ จิตดี สุข ๕ มิติ เพื่อ ชะลอชรา ชีวียืนยาว โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน กำหนดเนื้อหาหลักสูตร ผู้รับผิดชอบในการสอน ตามกรอบ สุข ๕ มิติ คือ สุขสบาย สุขสนุก สุข สง่า สุขสว่าง และ สุขสงบ คัดกรองภาวะเสื่อม ส่งต่อ ผู้มีความเสี่ยง สมองเสื่อมคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล เชียงใน ในวันพฤหัสบดี ๒ กลุ่มติดบ้าน สํารวจข้อมูลผู้สูงอายุ ADL ๔ - ๑๑คะแนน ที่ลงทะเบียนในระบบของ สปสช. มอบหมายการดูแล กับ CG ที่ผ่านการอบรม จัดทำ Care plan / นวัตกรรม พื้นฟูและ มอบหมายดูแล ตาม Care plan จัดตารางนิเทศติดตาม และ เยี่ยมบ้านร่วมกับ ทีม สหวิชาชีพ ๓. ระยะประเมินผลการนำ รูปแบบการพัฒนาไปใช้ โดยประเมินจากความต่อเนื่อง และผู้เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ความพึงพอใจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ได้รับการส่งต่อ เข้าคลินิกผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑.เป็นชุมชนเขตเมืองและตลาดครอบครัวประกอบอาชีพค้าขาย ต้องเผ้าร้านค้า บางคนมีภาระเลี้ยงหลาน จึงมาร่วมกิจกรรมไม่ได้

๒.ญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ คิดว่าผู้สูงอายุปกติดี มีเสื่อมตามวัยไม่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม ดูแลตัวเองได้ หรือไม่มั่นใจในการดูแลของ CG

แนวทางแก้ไข ให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลที่ประโยชน์/สิ่งที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม ช่วงออกปฏิบัติงานในชุมชน/ เยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้ผู้นำชุมชน อสม. หน่วยงานภาครัฐอื่นๆให้ข้อมูลชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม และมีสิ่งจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ถ้าผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑.ได้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม และ ติดบ้าน มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มี การดำเนินงานต่อเนื่อง

๒.บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Caregiver) และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีระบบและเครือข่ายการส่งต่อ คลินิกผู้สูงอายุ

๓.ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ ในคุณค่าของตนเอง

๔.ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

๕.ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑.ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุร้อยละ ๓๐

๒.ผู้สูงอายุติดสังคม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพ ด้าน อาหาร ออกกำลังกาย สุขภาพช่องปาก การป้องกันหกล้ม และสมองเสื่อม เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐

๓. ผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดบ้าน มี ADL เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐

๔. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ)

(นางมยุรี บุญศักดิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)๑๕.../..สิงหาคม...../...๒๕๖๖.

ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง วิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

Development of Older Adults with Risk Stroke Care System in Pre Hospital Stage with Health Care Network, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province

๒. ระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖- ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่จะใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

๓.๑.๑ ผู้สูงอายุ

๑) ความหมายของผู้สูงอายุ

๒) แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๒.๑) การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

๒.๒) สถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุ

๒.๓) ภูมิปัญญาผู้สูงอายุไทย

๒.๔) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

๓.๑.๒ แนวคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

๑) ความหมายโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๒) ชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง

๓) ปัจจัยเสี่ยง

๔) อาการและอาการแสดง

๕) การรักษา

๖) การป้องกัน

๓.๑.๓ แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

๑) ความหมาย

๒) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๑.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

๑) ความหมาย

๒) การรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๑.๕ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑) งานวิจัยที่เป็นการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด ในระยะก่อนส่งโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลามาตรฐานเมื่อเกิดอาการเตือน

๒) งานวิจัยที่สนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยการเข้ารับการรักษาได้ทันเวลามาตรฐาน

๓.๒ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์

๓.๒.๑ เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล

๑) ให้การพยาบาลดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care)

๒) ปฏิบัติการตามแนวทางการสอบสวน ป้องกัน และควบคุมโรคทางด้านระบาดวิทยา

๓) ให้การพยาบาลสุขภาพในกลุ่มเด็กทุกช่วงวัย

๔) ให้การพยาบาลในกลุ่มสตรีตั้งแต่วัยเจริญพันธุ์ วัยทำงานจนถึงวัยสูงอายุ

๕) ประเมินสุขภาพผู้ป่วย คัดกรองสุขภาพประชาชนเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่จะใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์(ต่อ)

๓.๒.๑ เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล(ต่อ)

- ๖) วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ซับซ้อน ร่วมกับทีมคลินิกหมอบรรณครวั
- ๗) กำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพชุมชน
- ๘) จัดทำแผนการดูแลในลักษณะ Skill mix
- ๙) ปฏิบัติการ ตรวจ รักษาโรคเบื้องต้น ทำหัตถการและให้ภูมิคุ้มกันโรค
- ๑๐) ปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ให้บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยง

กับปัจจัยด้านครอบครัว ชุมชน และสังคม

- ๑๑) ชักประวัติ ประเมิน/วิเคราะห์ผู้มารับบริการ
- ๑๒) ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว
- ๑๓) ให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care)
- ๑๔) ปฏิบัติการพยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในผู้ป่วยวิกฤต และฉุกเฉิน
- ๑๕) ปฏิบัติการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓.๒.๒ เป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพ

- ๑) วางแผนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ๒) เผยแพร่ข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
- ๓) ประเมินความรู้ และให้คำแนะนำทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และ

ประชาชน

- ๔) สนับสนุนให้ประชาชนมีรู้เท่าทันในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความฉลาดทางสุขภาพ
- ๕) ให้คำปรึกษา เสริมพลังแก่ Care giver (นักรักษา/ผู้ช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ

พึ่งพิง) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ๖) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- ๗) สร้างเสริมสุขภาพประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ ร่วมกับ

นักวิชาการสาธารณสุข

๓.๒.๓ เป็นผู้จัดการและประสานงานสุขภาพชุมชน

- ๑) ประสานงานและอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน
- ๒) จัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน
- ๓) วางแผนการจัดบริการให้สอดคล้องกับนโยบายคลินิกหมอบรรณครวั และสภาพปัญหา

ของพื้นที่

- ๔) จัดระบบพยาบาลผู้จัดการ (Nurse Manager) ในชุมชน ดูแลผู้ป่วย ผู้ใช้บริการเฉพาะ

กลุ่ม เฉพาะโรค

- ๕) จัดการทรัพยากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ๖) จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของชุมชน
- ๗) ติดต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม หรือหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิที่พึงได้ใน

การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

- ๘) สร้างเครือข่ายด้านการสร้างเสริมสร้างสุขภาพ ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด

ปัญหาสุขภาพ โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาของชุมชน

- ๙) ออกแบบระบบบริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่จะใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์(ต่อ)

๓.๒.๔ เป็นผู้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลระดับปฐมภูมิ

- ๑) พัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research : R๒R) โดยเน้นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพของชุมชน
- ๒) จัดระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและดำเนินการตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว
- ๓) สร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์ มาใช้ให้บริการในของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ๔) นำผลลัพธ์ทางการพยาบาล มาปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
- ๕) นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ
- ๖) จัดกิจกรรมการจัดการความรู้ (Knowledge management) ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน
- ๗) วิเคราะห์ ติดตาม ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในชุมชน
- ๘) ประสานความร่วมมือกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะฉุกเฉินและที่เป็นปัญหาสำคัญ เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับสอง และการพิการเป็นอันดับสามทั่วโลก จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองกว่า ๘๐ ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๕.๕ ล้านคน พบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้นถึง ๑๔.๕ ล้านคนต่อปี ๑ ใน ๔ เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ๒๕ ปีขึ้นไป (World Stroke Organization [WSO], ๒๐๒๐) ประมาณการความเสี่ยงของการเกิด Stroke พบว่า ทุก ๔ คนจะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑ คน โดยร้อยละ ๘๐ ของประชากรโลกมีความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๔) ประเทศไทย มีผู้ป่วย Stroke จำนวน ๓๕๕,๖๗๑ ราย (อัตราผู้ป่วย ๕๔๓ ต่อ ปชก. แสนคน) มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๓๔,๗๒๘ ราย (อัตราตาย ๕๓ ต่อ ปชก. แสนคน) พบเสียชีวิตมากในอายุ ๔๐-๖๐ ปี อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเท่ากับ ๔๔.๓ ต่อประชากรแสนคน และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๓) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ป่วยที่รอดจากการเสียชีวิตร้อยละ ๓๑ จะมีความพิการเหลืออยู่ ร้อยละ ๙๐ ถึงแม้จะฟื้นฟูจนหายป่วย จะยังคงต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ร้อยละ ๑๐ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นวัยแสดงให้เห็นถึงความเสื่อมโทรม เป็นกระบวนการเสื่อมถอยอย่างค่อยเป็นค่อยไปทีละน้อยจากการใช้งาน เป็นกระบวนการเกิดขึ้นเอง เมื่ออวัยวะมีการใช้งานมากย่อมเสื่อมได้ง่ายและเร็วขึ้น นอกจากนี้ความเสื่อมที่เป็นไปตามกาลเวลาแล้ว ยังมีปัจจัยส่งเสริมมาจากการบริโภคอาหาร เช่น ไขมัน น้ำตาล กาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และจากการได้รับสารพิษจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น แสงแดด เสียงดังและมลพิษทางอากาศ สิ่งแวดล้อมภายใน เช่น ความกดดันทางร่างกายและอารมณ์ ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างโปรตีน และการทำงานของเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลง (Kirkwood & Cremer, ๑๙๘๒) ซึ่งสอดคล้องกับจากทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking theory) อธิบายว่าความสูงอายุว่าเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง คือ คอลลาเจน อิลาสติน และสารที่อยู่ภายในเซลล์เนื้อเยื่อที่มีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีลักษณะแข็งตึงและสูญเสียความยืดหยุ่น โดยเฉพาะอวัยวะที่พบความเสื่อมได้บ่อยคือ ผิวหนัง หลอดเลือด ความเสื่อมของหลอดเลือด (Fillit et al, ๒๐๑๗) ดังนั้นจากกลไกความเสื่อมเหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าวัยอื่น ๆ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สาระสำคัญ (ต่อ)

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีกระบวนการดูแลตามห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Stroke chain of survival and recovery) แบ่งการดูแลเป็น ๒ ระยะ ได้แก่ ระยะการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre hospital) และระยะการดูแลในโรงพยาบาล (Inhospital) (American Heart Association/American Stroke Association [AHA/ASA], ๒๐๑๓) การเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาเป็นโอกาสทอง (Golden period) เพราะผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt PA) ได้ทันเวลาเพื่อไม่ให้เกิดความพิการที่รุนแรงตามมา (Advani et al., ๒๐๑๗) ระบบการดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre Hospital) เพื่อรับการรักษาอย่างรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะช่วยลดความรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อน และยังป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้น ซึ่งอาการสำคัญที่จะสังเกตได้ คือการรับรู้อาการเตือน (Warning signs) ได้แก่ อ่อนแรงแขนขา มึนชาตามัว หน้ามืดปวดหัว ลิ้นรัว เดินเซ (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) ซึ่งถ้าผู้ป่วยหรือผู้ใกล้ชิดมีความรู้เกี่ยวกับอาการ และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสามารถประเมินอาการแสดงผู้ป่วยได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลได้ทันตามเวลามาตรฐาน (พีชญา ศรีสา และคณะ, ๒๕๖๒; จิราพร บุญโท, ๒๕๖๔) ซึ่งช่วงเวลาที่ควรนำส่งผู้ป่วยให้ถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาได้นั้น มีการศึกษาของ นาญา เอื้องไพโรจน์ และคณะ (๒๕๖๔) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับระบบนำส่งผู้ป่วย โดยการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการวิจัยและพัฒนา ระยะนำระบบการดูแลไปใช้ แบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มควบคุม (กลุ่มก่อนใช้ระบบการดูแล) และกลุ่มทดลอง (กลุ่มใช้ระบบการดูแล) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ใช้ระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน ๖๐ นาที เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มก่อนใช้ระบบการดูแล โดยเพิ่มจาก ร้อยละ ๘๑.๒๕ เป็นร้อยละ ๘๕ ของโรคหลอดเลือดสมอง และอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน ๑๘๐ นาที เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มก่อนใช้ระบบการดูแล โดยเพิ่มจาก ร้อยละ ๕๔.๑๙ เป็นร้อยละ ๕๙.๙๒ แม้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการส่งต่อจนถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาได้แล้วนั้น ผู้ป่วยยังต้องมีช่วงเวลาการได้รับยาในโรงพยาบาล ที่เรียกว่า Door-to-needle อีกด้วย ดังเช่นการศึกษาของ ไพรวลัย พรหมที และคณะ (๒๕๖๔) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับละลายลิ่มเลือด (rt-PA) แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะประเมินผลลัพธ์ ประเมิน กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มหลังใช้รูปแบบมีอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) ภายใน ๖๐ นาที เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๔๐ เป็นร้อยละ ๘๖.๗ และกลุ่มหลังใช้รูปแบบมีอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) มากกว่า ๖๐ นาที ลดลงจากร้อยละ ๖๐ เหลือ ร้อยละ ๑๓.๓ แสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้เกี่ยวกับอาการ และความรุนแรงของโรค รวมทั้งผู้ใกล้ชิดสามารถประเมินอาการแสดงผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลได้ทันเวลา ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) นอกจากจะมีการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลให้สามารถประเมินอาการเตือนในระดับปฐมภูมิได้แล้ว ยังมีในส่วนของการเรียกรถจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services: EMS) นั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้มีการพัฒนาให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงกันเพื่อให้สามารถส่งต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้ถึงโรงพยาบาลภายในเวลามาตรฐานที่กำหนด ซึ่งธีระ ศิริสมุด และคณะ (๒๕๖๕) ได้กล่าวว่าการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องปฏิบัติการด้วยความรวดเร็วและเป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สาระสำคัญ (ต่อ)

ระยะเวลาตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response time) รวมไปถึงระยะเวลาปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency operation time) จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ มาตรฐานและประสิทธิผลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการประเมินอาการเบื้องต้นได้แล้ว ยังต้องสามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วและทันท่วงทีเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท เพื่อให้การรักษาได้ผลดี มีโอกาสรอดชีวิต เกิดความพิการน้อย และสามารถกลับคืนมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยลดขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็ว และได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) ภายในเวลา ๒๗๐ นาที (Door to needle time) ภายหลังเริ่มมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่เรียกว่าเรียกช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track)

สามหมอบเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ครอบคลุมครัวมีหมอบประจำตัวสามคน มุ่งให้ประชาชนมีการเสริมสร้างสุขภาพ มีความรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึงบริการ ได้สะดวก มีการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการให้บริการ อันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ได้อย่างเป็นรูปธรรม จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยหมอบคนที่ ๑ หมอบประจำบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงที่คอย คัดกรอง ติดตาม

เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ โดยหมอบประจำบ้าน ๑ คนดูแลประชาชน ๑๐-๑๕ หลังคาเรือน หมอบคนที่ ๒ หมอบสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ทำหน้าที่ในการเป็นที่เลี้ยงหมอบคนที่ ๑ ประสานงานระหว่างหมอบคนที่ ๑ กับหมอบคนที่ ๓ โดยหมอบคนที่ ๒ ดูแลประชาชน ๑,๒๕๐-๒,๕๐๐ คน และหมอบคนที่ ๓ หมอบครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นที่เลี้ยงและให้คำปรึกษาให้กับหมอบคนที่ ๒ ให้การรักษา ดูแลให้คำปรึกษาทั้ง Onsite Online ประสานและส่งต่อการรักษา พิเศษ โดยหมอบครอบครัว ๑ คนดูแลประชาชน ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน (สำเร็จ แหยงกระโทก, ๒๕๖๓) โดยเฉพาะหมอบคนที่ ๑ หรือ อสม. เป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนร่วมกับประชาชน เป็นผู้มีความรู้และศักยภาพที่สามารถพัฒนาให้สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยระยะก่อนถึงโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี

การพัฒนาศักยภาพหมอบคนที่ ๑ และหมอบคนที่ ๒ มีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ (๒๕๖๓) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่าหลังพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้และความเชื่อมั่นในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น มีแนวทางในการเยี่ยมครอบครัวกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเครือข่ายสามหมอบคือทีมสุขภาพในชุมชนที่จะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล มีคุณภาพ ซึ่งทีมเครือข่ายสามหมอบ จำเป็นจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการพัฒนาระบบร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ทันตามเวลามาตรฐาน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ที่ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อสม. ตัวแทนภาคประชาชน และแกนนำท้องถิ่น ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการเข้าถึงการรักษาทันเวลา พบว่าบุคคลต่าง ๆ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ สาระสำคัญ (ต่อ)

ที่ได้รับการพัฒนามีการตระหนักรู้อาการและมีสมรรถนะการจัดการให้เกิดการเข้าถึงการรักษาทันเวลาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ, ๒๕๖๐) ซึ่งทั้งหมดคนที่ ๑ หมอคนที่ ๒ และบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยในชุมชน ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการประเมินและตระหนักรู้อาการและการ

แสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องมีการประสานไปยังเครือข่ายผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการรับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องก่อนผู้ป่วยจะได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) และเพื่อให้เกิดระบบที่ดีในการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลต่อไป

อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี มีการสำรวจสถิติประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๘,๙๑๒ คน, ๘๗๐๐ คน และ ๘,๑๗๕ คน พบผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๙๑ คน, ๗๘ คน และ ๗๒ คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาไม่ทันเวลา (Stroke Non Fast Track) จำนวน ๗๑ คน, ๖๐ คน และ ๕๐ คน คิดเป็นอัตราการรักษาไม่ทันเวลา ร้อยละ ๗๘.๐๒, ๗๖.๙๒ และ ๖๙.๔๔ ซึ่งคิดเป็นอัตราการรักษาทันเวลา ร้อยละ ๒๑.๙๘, ๒๓.๐๘ และ ๓๐.๕๖ ตามลำดับ ส่วนในเขตพื้นที่รับผิดชอบกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำเย็น แบ่งออกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลน้ำเย็นและศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๑,๙๖๕ คน, ๑,๘๕๓ คน และ ๑,๙๔๓ คน พบผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๖ คน, ๑๖ คน และ

๑๗ คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุที่โรคหลอดเลือดสมองมาไม่ทันเวลา (Stroke Non Fast Track) จำนวน ๑๔ คน, ๑๐ คน และ ๑๓ คน คิดเป็นอัตราการรักษาไม่ทันเวลา ร้อยละ ๘๗.๕๐, ๖๒.๕๐ และ ๗๖.๔๗ ซึ่งคิดเป็นอัตราการรักษาทันเวลา ร้อยละ ๑๒.๕๐, ๓๗.๕๐ และ ๒๓.๕๓ ตามลำดับ จากสถิติอัตราการมาโรงพยาบาล

ไม่ทันเวลามาตรฐานยังคงสูงอยู่ และเมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ กับ ๒๕๖๕ พบว่ามีอัตราสูงขึ้น และยังพบว่าในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจาก CVD risk score เพิ่มขึ้น โดยมีจำนวน ๖๘๖ คน, ๕๕๑ คน และ ๖๗๕ คน และมีผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยมี จำนวน ๒๗ คน, ๒๙ คน และ ๓๓ คน ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องตระหนัก เนื่องจากเป็นปัญหาที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องเกิดความพิการหรือเสียชีวิตและครอบครัวเกิดความเสียหาย เพิ่มภาระชุมชน และหน่วยงานการแพทย์และสาธารณสุข ต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยและเครือข่ายบริการสุขภาพจะต้องหาทางแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน

ดังนั้นเพื่อสนองตอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) เกี่ยวกับสภาพปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) ที่กำหนดตัวชี้วัดเป็นร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยการดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖) ร่วมกับการสนองตอบนโยบายสามหม้อ หรือเครือข่ายบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่กำหนดให้ทั้งสามหม้อทำงานร่วมกันในการดูแลประชาชนทั้งจังหวัด ซึ่งจะต้องมีหม้อประจำตัวครบสามคนทุกครัวเรือน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี, ๒๕๖๖) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลาตามมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ที่จะพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ และศึกษาผลของการดำเนินการตามระบบในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลน้ำเย็นและศูนย์สุขภาพชุมชนคำข่า โรงพยาบาลน้ำเย็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นผลของการพัฒนางานนำเสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนากิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ในเขตอื่น ๆ ทั่วทั้งอำเภอ ทั้งนี้ทั้งนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนางานในหน่วยงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลน้ำเย็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ให้เป็นองค์การที่มีคุณภาพต่อไป

ระยะที่ ๑ Research: R๑; Analysis

๑. ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล

๒. ส่งโครงร่างขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

๓. ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย

ระยะที่ ๒ Development: D๑; Design and Development

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ประกอบด้วยขั้นตอน ดำเนินงานตาม PDCA ดังนี้

๑) ชั้น Plan ได้แก่

๑.๑) ประชุมร่วมกับคนที่๓ เพื่อเตรียมการอบรมหมอคนที่๑ และคนที่๒ หรือเรียกว่า เครือข่ายบริการสุขภาพ

๑.๒) สร้างแบบประเมินความรู้ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล สำหรับหมอคนที่ ๑ และคนที่๒ กำหนดให้เป็น

Pre-Post test

๒) ชั้น Do ได้แก่

๒.๑) ประเมินความรู้ Pre-test หมอคนที่๑ และคนที่๒ เกี่ยวกับ ความรู้ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล

๒.๒) ดำเนินการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพหมอคนที่๑ และคนที่๒ โดยหมอคนที่๓ และวิทยากรร่วม เนื้อหาสาระในการอบรมประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนสำคัญที่จะต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที การเรียกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๒.๓) สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อทีมเครือข่ายสุขภาพ

๒.๔) สร้าง Line group สำหรับทีมเครือข่ายบริการสุขภาพ หรือหมอคนที่๑ และคนที่๒

๒.๕) สร้าง Sticker เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙

๒.๖) กำหนดข้อความในการประกาศเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙

๒.๕) กำหนดขั้นตอนและกิจกรรมในระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอ น้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

๓) ชั้น Check ได้แก่

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)

๓.๑) ประเมินความรู้ Post-test หมอคนที่๑ และคนที่๒ เกี่ยวกับ ความรู้ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล

๓.๒) ทำการประชุมเครือข่ายบริการสุขภาพ

๓.๓) หาคูณภาพเครื่องมือต่าง ๆ ได้แก่ แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจ คุณภาพของ Sticker คุณภาพของข้อความประกาศเสียงตามสาย และคุณภาพของขั้นตอนและกิจกรรมในระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

๔) ชั้น Act ได้แก่

๔.๑) นำข้อมูลจากการ Post-test ของหมอคนที่๑ และคนที่ ๒ มาวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการไปให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๔.๒) ปรับปรุงและแก้ไขเครื่องมือและแบบประเมินต่าง ๆ ตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

๔.๓) กำหนดขั้นตอนและกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในระบบดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ

ระยะที่ ๓ Research: R๒; Implementation

วิจัยในระยะที่ ๓ ดำเนินการวิจัย โดยดำเนินการตามระบบที่ระยะที่ ๒ พัฒนาขึ้น โดยมีขั้นตอนและกิจกรรม ได้แก่

๓.๑) ประสานผู้นำชุมชน ขอความร่วมมือเกี่ยวกับการประกาศเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙

๓.๒) หมอคนที่๑ และคนที่๒ หรือทีมเครือข่ายบริการสุขภาพออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

๓.๓) Pre-test ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ด้วยแบบประเมินความรู้ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือด

สมอง และการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล

๓.๔) หมอคนที่๑ และคนที่๒ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการขอความช่วยเหลือ

๓.๕) ติด Sticker เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙

๓.๖) อธิบายข้อความใน Sticker ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลได้รับทราบ

๓.๗) กำหนดให้หมอคนที่๑ ออกเยี่ยมเพื่อกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการขอความช่วยเหลือ เดือนละ ๑ ครั้ง จำนวน ๓ ครั้ง

๓.๘) เมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาที่หมอคนที่๑ ไม่สามารถแก้ไขได้ จะชักถามเข้าไปใน Line group ซึ่งถ้าหมอคนที่๒ ไม่สามารถให้คำตอบได้ หมอคนที่๒ จะปรึกษาไปยังหมอคนที่๓

๓.๙) กำหนดหมอคนที่๒ ติดตามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในเดือนที่ ๓ หรือเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยในผู้สูงอายุรายที่มีปัญหา

๓.๑๐) กำหนดการประกาศเสียงตามสายทุกวันเวลาช่วงเช้า ๐๖.๓๐-๐๖.๔๐ น.

๓.๑๑) ปักหมุดที่ตั้งตาม Google maps ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)

๓.๑๒) ประสานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้บันทึกที่ตั้งตาม Google maps ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย เพื่อให้สามารถไปรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงอันตรายที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลามาตรฐานเมื่อมีการได้รับแจ้งเหตุ

ระยะที่ ๔ Development: D๒; Evaluation

วิจัยในระยะที่ ๔ นี้ เมื่อดำเนินการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินการในการวิจัยในระยะที่ ๓ ได้แก่

๔.๑) Post-test ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ด้วยแบบประเมินความรู้ การรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง และการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล เมื่อสิ้นสุดโครงการ

๔.๒) ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ดูแลต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ

๔.๓) คำนวณอัตราการเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลามาตรฐาน

๔.๔) หาร้อย Stroke fast tack เปรียบเทียบกับก่อนใช้ระบบ

๔.๕) ประชุมกลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อสรุปผลโครงการและเตรียมพัฒนาระบบใหม่

ให้ดีขึ้นกว่าเดิม

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

๑) ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ

๒) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

๒.๑) แบบบันทึกการประชุมกลุ่มและการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

๒.๒) แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ โรคประจำตัว การมีผู้ดูแล/ดูแลผู้อื่น

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความหมาย อาการ การป้องกัน และการไปพบแพทย์

ส่วนที่ ๓ แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการตระหนักรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ ๔ แบบประเมินการรับรู้การขอความช่วยเหลือ เป็นแบบวัดการตระหนักรู้การขอความช่วยเหลือ และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของโรคหลอดเลือดสมอง

๓) แบบสอบถามการวิจัยสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้ การอบรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการมีผู้ดูแล/ดูแลผู้อื่น

ส่วนที่ ๒, ๓ และ ๔ ใช้แบบประเมินชุดเดียวกันกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

๔) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อเครือข่ายบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)

- ๑) คำนวณหาความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป
- ๒) คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ คะแนนการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้การขอความช่วยเหลือ และคะแนนความพึงพอใจ
- ๓) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนการรับรู้ คะแนนการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนการรับรู้การขอความช่วยเหลือ โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) การรักษาไม่ทันเวลามาตรฐาน และอัตรา Stroke fast track ก่อนกับหลังการใช้ระบบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติที ๒ กลุ่ม (Independent t-test)

๔.๓ เป้าหมายของงาน

เมื่อสิ้นสุดโครงการ เป้าหมายของงาน คือ เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ มีการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถขอความช่วยเหลือ ได้ โดยวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล และปัญหาเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓.๒ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓.๓ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการตามระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยระยะที่ ๑ พบว่า อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี มีการสำรวจสถิติประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๘,๙๑๒ คน, ๘๗๐๐ คน และ ๙,๑๗๕ คน พบผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๙๑ คน, ๗๘ คน และ ๗๒ คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาไม่ทันเวลา (Stroke Non Fast Track) จำนวน ๗๑ คน, ๖๐ คน และ ๕๐ คน คิดเป็นอัตราการรักษาไม่ทันเวลา ร้อยละ ๗๘.๐๒, ๗๖.๙๒ และ ๖๙.๔๔ ซึ่งคิดเป็นอัตราการมารักษาทันเวลา ร้อยละ ๒๑.๙๘, ๒๓.๐๘ และ ๓๐.๕๖ ตามลำดับ ส่วนในพื้นที่เขตรับผิดชอบกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลน้ำยืน แบ่งออกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลน้ำยืนและศูนย์สุขภาพชุมชนคำข่า พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๑,๙๖๕ คน, ๑,๘๕๓ คน และ ๑,๙๔๓ คน พบผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๖ คน, ๑๖ คน และ ๑๗ คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุที่โรคหลอดเลือดสมองมาไม่ทันเวลา (Stroke Non Fast Track) จำนวน ๑๔ คน, ๑๐ คน และ ๑๓ คน คิดเป็นอัตราการมารักษาไม่ทันเวลา ร้อยละ ๘๗.๕๐, ๖๒.๕๐ และ ๗๖.๔๗ ซึ่งคิดเป็นอัตราการมารักษาทันเวลา ร้อยละ ๑๒.๕๐, ๓๗.๕๐ และ ๒๓.๕๓ ตามลำดับ จากสถิติอัตราการมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลามาตรฐานยังคงสูงอยู่ และเมื่อเปรียบเทียบปี ๒๕๖๔ กับ ๒๕๖๕ พบว่ามีอัตราสูงขึ้น และยังพบว่าในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองจาก CVD risk score เพิ่มขึ้น โดยมีจำนวน ๖๘๖ คน, ๕๕๑ คน และ ๖๗๕ คน และมีผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือด

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สมองเพิ่มขึ้น โดยมี จำนวน ๒๗ คน, ๒๙ คน และ ๓๓ คน ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องตระหนักและช่วยกันแก้ไข ปัญหา

ผลการวิจัยระยะที่ ๒ พบว่า

๑. ตั้ง Line group เครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน ๑ Line group
๒. ได้แบบประเมินความรู้ สำหรับหมอคนที่ ๑ และคนที่ ๒ จำนวน ๑ ชุด
๓. ได้แบบประเมินการรับรู้อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับหมอคนที่ ๑ และคนที่ ๒

จำนวน ๑ ชุด

๔. ได้แบบประเมินการขอความช่วยเหลือของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล สำหรับหมอคนที่ ๑ และคนที่ ๒ จำนวน ๑ ชุด

๕. ได้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อทีมเครือข่ายสุขภาพ จำนวน ๑ ชุด

๖. ได้ Sticker เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙ จำนวน ๑

รูปแบบ

๗. ข้อความในการประกาศเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙ จำนวน ๑ บทความ

๘. ขั้นตอนและกิจกรรมในระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี ๑ รูปแบบ

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยระยะที่ ๑ พบว่า เนื่องจากปัญหาโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยต้องเกิดความพิการหรือเสียชีวิตและครอบครัวเกิดเสียหาย เพิ่มภาระชุมชน และหน่วยงานการแพทย์และสาธารณสุขต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้วิจัยและเครือข่ายบริการสุขภาพจะต้องหาทางแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน โดยการประชุมกลุ่มจากกลุ่มตัวอย่างระยะที่ ๑ ประกอบด้วย แพทย์ แพทย์ประจำหน่วยงาน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ ๕ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๖ คน เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข ๑ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน ๓ คน พนักงานแปล จำนวน ๑ คน รวมทั้งหมด ๑๙ คน ให้ข้อมูลว่าสรุปได้ว่า การแก้ปัญหาต้องสนองตอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) เกี่ยวกับสภาพปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: Stroke) ที่กำหนดตัวชี้วัดเป็นร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม ร่วมกับการสนองตอบนโยบายสามหมอ หรือเครือข่ายบริการสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ที่กำหนดให้ทั้งสามหมอทำงานร่วมกันในการดูแลประชาชนทั้งจังหวัด ซึ่งจะต้องมีหมอประจำตัวครบสามคนทุกครัวเรือน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลาตามมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ และศึกษาผลของการดำเนินการตามระบบในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลน้ำยืนและศูนย์สุขภาพชุมชนคำข่า โรงพยาบาลน้ำยืน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นผลของการพัฒนางานนำเสนอต่อผู้บริหารและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนากิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ในเขตอื่น ๆ ทั่วทั้งอำเภอ ทั้งนี้ทั้งนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาในหน่วยงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลน้ำยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ให้เป็นองค์กรที่มีคุณภาพต่อไป

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ผลการวิจัยระยะที่ ๒ พบว่า หลังจากอบรมหมอคนที่ ๑ และคนที่ ๒ ให้ข้อมูล สรุปได้ว่า ตั้ง Line group เครือข่ายบริการสุขภาพ Sticker เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙ การประกาศเสียงตามสายเพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและวิธีเรียกรถ ๑๖๖๙ สำหรับผู้นำหมู่บ้าน ชันตอนและกิจกรรมในระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไย่เงิน จังหวัดอุบลราชธานี มีความจำเป็นต้องทำอย่างเร่งด่วน เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลจะได้มีแนวทางในการขอความช่วยเหลือและถ้าเกิดเหตุฉุกเฉินจริงจะสามารถนำส่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ทันเวลามาตรฐาน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

- ๑) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถจัดการให้ตนเองเข้าถึงโรงพยาบาลได้เมื่อเกิดอาการเตือน
- ๒) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลาตามมาตรฐาน
- ๓) สมาชิกในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงและเพื่อนบ้านใกล้เคียง สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที เมื่อเกิดอาการเตือน

๖.๑.๒ ด้านผู้ให้บริการ

- ๑) เครือข่ายบริการสุขภาพเป็นทีมงานที่เข้มแข็ง เป็นต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล
- ๒) เครือข่ายบริการสุขภาพมีศักยภาพเพิ่มขึ้น ได้รับความไว้วางใจจากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และประชาชนในชุมชน โดยสามารถเป็นารนั้กจัดการสุขภาพได้
- ๓) ลดภาระหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ตัดบ้านและติดเตียง

๖.๑.๓ ด้านองค์กร

- ๑) สนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- ๒) หน่วยบริการทุกระดับรับการรักษาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง ภาระงานเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยพิการ โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาตอัมพาต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- ๓) หน่วยงานมีระบบดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลาตามมาตรฐานได้

๖.๒ ผลกระทบ

การวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะไม่เกิดผลกระทบในทางลบ เนื่องจากการวิจัยเกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบว่ามีปัญหาในการดำเนินการวิจัยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะของการวิจัยให้ความร่วมมือมาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

พบอุปสรรคในการดำเนินการเกี่ยวกับระยะเวลาในการขอจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการส่งโครงร่างขอเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างระยะที่ ๓ ของผู้วิจัยเป็นการส่งในช่วงที่ยังไม่พิจารณา จึงต้องการดำเนินการเป็นเวลา ๒ เดือน ทำให้การเก็บข้อมูลในการวิจัยระยะที่ ๓ ล่าช้า

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร

ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะก่อนถึงโรงพยาบาลให้แก่ผู้บริหาร

๙.๒ ด้านบริการ

ควรนำแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ไปใช้แก้ไข ปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ได้รับการดูแลสุขภาพ เท่าเทียมกันกับผู้ป่วย Stroke

๙.๓ ด้านวิจัยหรือวิชาการ

ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณไปปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ และทำเป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง และวิจัยและพัฒนา

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วางแผนเผยแพร่ผลงานที่ วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ TCI ๒ ปีที่ ๔๑ ฉบับที่ ๔ ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางรัชณี ทองเนตร

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐

นางสกลสุภา สิงคิบุตร

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๒๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางรัชณี ทองเนตร)

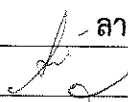

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖


ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางรัชนี ทองเนตร	
นางสกลสุภา สิงคิบุตร	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางฉวีวรรณ คำศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขณ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น

วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

เห็นชอบตามเสนอ



(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖

การพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่าย
บริการสุขภาพ อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease [CAD]) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases [NCDs]) ที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในทุกปี จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่า ๑๓ คนล้านทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ ๖.๗ ล้านคน (ร้อยละ ๑๔.๓) ของการเสียชีวิตทั้งหมด (American Heart Association [AHA], ๒๐๑๘ ; World health organization [WHO], ๒๐๒๐) สำหรับประเทศไทย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้รายงานแนวโน้มอัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากอัตรา ๖๒.๔ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรในปี ๒๕๕๘ เพิ่มเป็น ๘๔.๓ ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรในปี ๒๕๖๒ โดยมีอัตราการตายอยู่ที่ ๓๒-๓๓ รายต่อประชากร ๑,๐๐๐ คน ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดโรคและอัตราการตายเพิ่มขึ้นทุกปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำ นักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) มีผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วยเอง เป็นภาระให้ทั้งครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรภาพภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากการที่มีปริมาณไขมันและคอเลสเตอรอลสะสมในหลอดเลือดแดงโคโรนารีเพิ่มมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการตีบแข็งอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลอดเลือดมีความเปราะบางและปริแตกง่าย (vulnerable atherosclerosis) ภายหลังจากปริแตกของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis) ภายในหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีในลักษณะดังกล่าวมาแล้วครั้งหนึ่ง จะมีความเปราะบางของหลอดเลือดมากขึ้นต่อการเกิดความรุนแรงตามกลไกนี้ (Ambrose et al., ๒๐๑๖; Amsterdam et al., ๒๐๑๗) ส่งผลกระทบบั้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวและสังคม (Donna & Workma., ๒๐๑๗; Sulo et al., ๒๐๑๗) โดยภายหลังการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยจะลดลง ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหนื่อยล้า มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเป็นระยะ มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง การนอนหลับแปรปรวน ความคิดและการรับรู้เปลี่ยนแปลง (Amsterdam et al., ๒๐๑๗; Liu et al., ๒๐๑๘) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย ซึ่งการรักษา STEMI มี ๒ วิธี ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สายสวน (primary percutaneous coronary intervention; primary PCI) และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolysis) โดยประเมินจาก ๑) ถ้าโรงพยาบาลแรกที่อยู่ไปถึงสามารถทำ primary PCI ได้ให้เลือก primary PCI เป็นอย่างแรก ๒) ถ้าโรงพยาบาลแรกที่อยู่ไปถึงไม่สามารถทำ primary PCI ได้ ต้องส่งตัวไปทำ primary PCI โดยคาดว่าระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลแรกจนสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ (door-to-balloon time; DTB time) < ๑๒๐ นาทีให้เลือก primary PCI เป็นอย่างแรก และ ๓) ถ้าโรงพยาบาลแรกที่อยู่ไปถึงไม่สามารถทำ primary PCI ได้ ต้องส่งตัวไปทำ primary PCI โดยคาดว่า DTB time > ๑๒๐ นาที ให้เลือก fibrinolysis เป็นอย่างแรก ถ้าไม่มีข้อห้าม ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเจ็บหน้าอกจนถึงเวลาที่เปิดหลอดเลือดหัวใจได้ (onset-to-balloon time; OTB time) สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ ๑ ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตที่ ๑ ปีของผู้ป่วย STEMI ที่มี OTB < ๒ ชั่วโมง อยู่ที่ ๔.๔%, ๒-๔ ชั่วโมง อยู่ที่ ๔.๗%, ๔-๖ ชั่วโมง อยู่ที่ ๘.๕% และ >

๖ ชั่วโมง อยู่ที่ ๙.๗% ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองระยะก่อนถึงโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญมากที่สุด โดยเรียกว่าระบบ STEMI Fast Track

ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) นอกจากจะมีการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้ดูแลให้สามารถประเมินอาการเตือนในระดับปฐมภูมิได้แล้ว ยังมีในส่วนของการเรียกรถจากบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical services: EMS) นั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้มีการพัฒนาให้เป็นระบบที่เชื่อมโยงกันเพื่อให้สามารถส่งต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจให้ถึงโรงพยาบาลภายในเวลามาตรฐานที่กำหนด ซึ่งธีระ ศิริสมุต และคณะ (๒๕๖๕) ได้กล่าวว่าการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำเป็นต้องปฏิบัติการด้วยความรวดเร็วและเป็นไปตามมาตรฐานคุณภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น ระยะเวลาตอบสนองการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Response time) รวมไปถึงระยะเวลาปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency operation time) จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน และมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตและลดความพิการของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ มาตรฐานและประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการประเมินอาการเตือนได้แล้ว ยังต้องสามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วและทันที่ซึ่งเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติทางหัวใจ เพื่อให้การรักษาได้ผลดี มีโอกาสรอดชีวิต และสามารถกลับคืนมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยลดขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้เร็ว ทำให้ ผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจาก รพช. เพื่อทำ primary PCI ที่ รพศ. เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

อำเภอฉียง จังหวัดอุบลราชธานี มีการสำรวจสถิติประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๘,๙๑๒ คน, ๘๗๐๐ คน และ ๙,๑๗๕ คน พบผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๒๓ คน, ๒๓ คน และ ๑๔ คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาไม่ทันเวลา ๔ ชั่วโมง จำนวน ๑๐ คน, ๗ คน และ ๗ คน คิดเป็นอัตราการรักษาไม่ทันเวลา ร้อยละ ๔๓.๔๘, ๓๐.๔๓ และ ๕๐.๐๐ ซึ่งคิดเป็นอัตราการรักษาทันเวลา ร้อยละ ๕๖.๕๒, ๖๙.๕๖ และ ๕๐.๐๐ ตามลำดับ ส่วนในเขตพื้นที่รับผิดชอบกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลน้ำยืน แบ่งออกเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลน้ำยืน และศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน ๑,๙๖๕ คน, ๑,๘๕๓ คน และ ๑,๙๔๓ คน พบผู้สูงอายุป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๓ คน, ๒ คน และ ๒ คน ในจำนวนนี้พบผู้สูงอายุที่โรคหลอดเลือดสมองมาไม่ทันเวลา ๔ ชั่วโมง จำนวน ๒ คน, ๒ คน และ ๑ คน คิดเป็นอัตราการรักษาไม่ทันเวลา ร้อยละ ๖๖.๖๖, ๑๐๐.๐๐ และ ๕๐.๐๐ ซึ่งคิดเป็นอัตราการรักษาทันเวลา ร้อยละ ๓๓.๓๓, ๐๐.๐๐ และ ๕๐.๐๐ ตามลำดับ จากสถิติอัตราการมาโรงพยาบาลไม่ทันเวลามาตรฐานยังคงสูงอยู่ และเมื่อเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ กับ ๒๕๖๕ พบว่ามีอัตราสูงขึ้น และยังพบว่าในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ จาก CVD risk score เพิ่มขึ้น โดยมีจำนวน ๖๘๖ คน, ๕๕๑ คน และ ๖๗๕ คน และมีผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น โดยมี จำนวน ๒๗ คน, ๒๙ คน และ ๓๓ คน ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องตระหนัก เนื่องจากเป็นปัญหาที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอัตราถึงชีวิตถ้ารักษาไม่ทัน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) หัวใจวาย (Heart Failure) ภาวะความดันโลหิตต่ำที่มีสาเหตุจากหัวใจ (Cardiogenic Shock) และผนังกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด (Heart Rupture) ส่งผลให้เกิดความเสียหายทั้งต่อผู้ป่วย ต่อครอบครัว เพิ่มภาระชุมชน และหน่วยงานการแพทย์และสาธารณสุขต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น จำเป็นอย่างที่ผู้วิจัยและเครือข่ายบริการสุขภาพจะต้องหาทางแก้ไขปัญหานี้ร่วมกัน

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดที่นำมาประกอบการสร้างระบบครั้งนี้ ได้แก่

ผู้เสนอผลงานแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน จึงพัฒนาระบบการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี นับว่าเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการ จึงใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการ CQI (Continuous Quality Improvement) ของอาร์โนลด์และคณะ (Arnold et al, ๒๐๑๘) เป็นวงจรการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า Plan-Do-Study-Act cycles เป็นแนวคิดการพัฒนากระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน-ปฏิบัติ-ศึกษาผลการปฏิบัติ-ยอมรับที่จะปฏิบัติตามและ

๑) Plan คือ การกำหนดความต้องการว่าต้องพัฒนาระบบการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ กำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องพัฒนา กำหนดระบบและขั้นตอนในการปฏิบัติ พร้อมออกแบบวิธีวัดและประเมินผล

๒) Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือระบบและขั้นตอนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่กำหนดไว้ในขั้น Plan และมีการติดเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในระหว่างการปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงานขั้น Study ต่อไป

๓) Study คือ การทบทวนผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องว่ามีการปฏิบัติงานเป็นไปตามระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่กำหนดหรือไม่ จากผู้มีส่วนได้เสีย และศึกษาผลกระทบต่าง ๆ พร้อมทั้งประมวลผลตามการออกแบบวิธีวัดและประเมินผลในขั้น Plan

๔) Act คือ การนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานในขั้น Study ที่พบว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคมาปรับปรุงแก้ไข ขั้นตอนและแนวปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบการปฏิบัติในระบบการการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น หรือเมื่อปฏิบัติตามระบบแล้วผู้สูงอายุได้รับการดูแลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

๓.๓ ข้อเสนอ

ผู้เสนอผลงานจึงขอเสนอให้มีการสร้าง “ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี”

๓.๓.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๓.๒ เป้าหมาย

๑) โรงพยาบาลน้ำยืน มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ

๒) เครือข่ายบริการสุขภาพ ในเครือข่ายโรงพยาบาลน้ำยืน ได้รับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการเตือนสำคัญที่จะต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที และการเรียกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ โรงพยาบาลน้ำยืน มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒ เครือข่ายบริการสุขภาพ ในเครือข่ายโรงพยาบาลน้ำยืน มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการเตือนสำคัญที่จะต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที และการเรียกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๔.๓ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการเตือนสำคัญที่จะต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที และการเรียกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๔.๔ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจและญาติมีความพึงพอใจในระบบบริการระดับปทุมภูมิ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน ๑ ระบบ

๒. คะแนนความรู้หลังอบรมของเครือข่ายบริการสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก มากกว่าร้อยละ ๘๐

๓. อัตราผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการเตือนสำคัญที่จะต้องรีบไปโรงพยาบาลทันที และการเรียกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๔. อัตราการมาโรงพยาบาลทันเวลา ๔ ชั่วโมง ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มขึ้นจากเดิม มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕. อัตราเครือข่ายบริการสุขภาพ มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ ๘๐

๖. อัตราผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอไทรน้อย จังหวัดอุบลราชธานี ระดับดีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)

(นางรัชนี ทองเนตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๑.เรื่องที่ ๑ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในชุมชน : กรณีศึกษา

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ - มิถุนายน ๒๕๖๖

๓.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๓.๑.๑ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM, Diabetes) เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากการขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ส่งผลให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติหรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดปริมาณมาก หากปล่อยให้ร่างกายอยู่ในสภาวะนี้เป็นเวลานานจะทำให้อวัยวะต่างๆ เสื่อม เกิดโรคและอาการแทรกซ้อนขึ้น

๓.๑.๒ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ปล่อยปละละเลย ขาดการรักษา หรือดูแลรักษาไม่ถูกต้อง โดยภาวะแทรกซ้อนนี้จะมีทั้งแบบเฉียบพลัน (เช่น หมดสติ ดิดเชื้อรุนแรง) และแบบเรื้อรัง (มักเกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นเวลานาน ซึ่งบางคนอาจใช้เวลา ๕-๑๐ ปีขึ้นไป ทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็กและใหญ่แข็งและตีบตัน ส่งผลให้อวัยวะหลายส่วน เช่น ระบบประสาท สมอง หัวใจ ตา ไต เท้า ขาดเลือดไปเลี้ยงจนเป็นสาเหตุให้อวัยวะเหล่านี้เสื่อมสมรรถภาพ พิการหรือสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ (เพราะเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่กำจัดเชื้อโรคได้น้อยลง) นอกจากนี้ ผู้ป่วยเบาหวานยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในลักษณะอื่นๆ เป็นเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้อีกหลายอย่าง ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหรือพบได้บ่อย ได้แก่

๑. ภาวะหมดสติจากเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยอาจเกิดจาก

- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย ซึ่งมักพบในผู้ป่วยเบาหวาน ที่รับประทานหรือฉีดยาอย่างสม่ำเสมอ หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ค่อนข้างดีอยู่เดิม แต่มักเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาเบาหวานมากเกินไป อดอาหาร หรือรับประทานอาหารน้อยเกินไป หรือรับประทานอาหารผิดเวลานานเกินไป ต้มแอลกอฮอล์มาก หรือมีการออกกำลังกายหนักและนานเกินไป โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะรู้ สึกหัว ใจสั่น มือสั่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ มึนงง อ่อนเพลีย คลื่นไส้ กระสับกระส่าย หงุดหงิด เหงื่อออก ตัวเย็น ตาพร่ามัวหรือเห็นภาพซ้อน ถ้าผู้ป่วยรีบกินน้ำตาลหรือน้ำหวานอาการต่างๆ จะทุเลาลงได้ในระยะเวลาสั้นๆ แต่หากไม่ทำการแก้ไขดังกล่าว ก็จะมีอาการชากรรไกรแข็ง ชักเกร็ง ไม่ค่อยรู้สึกตัวหรือหมดสติ ตรวจปัสสาวะไม่พบน้ำตาลในปัสสาวะ และตรวจพบน้ำตาลในเลือดต่ำ

- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง (Nonketotic hyperglycemic hyperosmolar coma : NKHHC) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เป็นโรคโดยไม่รู้ตัวหรือขาดการรักษา หรือมีภาวะติดเชื้อรุนแรง (เช่น ปอดอักเสบ กรวยไตอักเสบ โลหิตเป็นพิษ) หรือมีการใช้ยาบางชนิดร่วมด้วย (เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาสเตียรอยด์) ผู้ป่วยจึงมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากๆ (เกิน ๖๐๐ มก./ดล. ขึ้นไป) จึงทำให้เกิดภาวะขาดน้ำรุนแรง ชิม เพ้อ ซัก หมดสติ โดยก่อนหน้าที่จะหมดสติเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๑. ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาท ได้แก่ ระบบประสาทเสื่อม (Neuropathy) ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่มาเลี้ยงระบบประสาทเกิดการแข็งและตีบ ถ้าเกิดกับประสาทส่วนปลายที่เลี้ยงแขนขา ในระยะแรกอาจมีอาการปลายมือปลายเท้าแสบร้อนหรือเจ็บเหมือนถูกเข็มทิ่มแทง ซึ่งมักเป็นมาตอนกลางคืนจนบางรายอาจนอนไม่หลับ อาการจะทุเลาหรือหายได้เมื่อคุมเบาหวานได้ดี ถ้าปล่อยให้น้ำตาลในเลือดสูงต่อไปนานๆ จะเกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า ซึ่งจะค่อยๆ ลุกกลามสูงขึ้นเรื่อยๆ และอาการชาเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะไม่หายไปแม้ต่อมาจะควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้นก็ตาม จนในที่สุดก็จะไม่มีความรู้สึก จึงทำให้เกิดบาดแผลที่เท้าได้ง่าย เมื่อเหยียบถูกของมีคมหรือของร้อนๆ เมื่อเกิดบาดแผลก็จะมีโอกาสติดเชื้ออักเสบเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ และเนื่องจากมีภาวะขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ จึงทำให้แผลหายได้ยาก บางครั้งอาจลุกลามรุนแรงหรือเป็นเนื้อเน่าตาย (Gangrene) และจำเป็นต้องตัดอวัยวะบริเวณนั้นทิ้ง เช่น นิ้วเท้าหรือข้อเท้าทิ้ง ทำให้เกิดความพิการได้ (ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องหมั่นดูแลเท้าอย่าให้เกิดบาดแผล)

๒. ภาวะแทรกซ้อนของตา ที่สำคัญ คือ จอประสาทตาเสื่อม หรือ ภาวะเบาหวานขึ้นตา (Retinopathy) ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มีรู้สึกผิดปกติ จนกระทั่งเป็นมากแล้วจะเกิดอาการตามัว ตาบอดได้ ดังนั้นจึงควรไปพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจเช็คตาปีละ ๑ ครั้ง (ผู้ป่วยเบาหวานตั้งครรรภ์ควรตรวจตั้งแต่อายุครรภ์ ๓ เดือนแรก และตรวจเป็นระยะจนกระทั่งหลังคลอด ๑ ปี เนื่องจากการตั้งครรรภ์อาจทำให้จอประสาทตาเสื่อมได้มากขึ้น ถ้าพบตั้งแต่ระยะแรกเริ่มจะได้ให้การรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้ตาบอดได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานอาจเป็นต่อกระจกก่อนวัย หรือต้อหินเรื้อรัง เลือดออกในวุ้นลูกตา จอตาลอก ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาก็อาจทำให้ตาบอดได้

๓. ภาวะแทรกซ้อนของไต ที่สำคัญ คือ ไตเสื่อม (Nephropathy) หรือไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure) ซึ่งเกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่มาเลี้ยงไต จึงทำให้ไตเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยในระยะแรกๆ จะพบว่ามีการไหลของเลือดออกมาในปัสสาวะจำนวนน้อย ซึ่งในระยะนี้ยังมีทางบำบัดเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจสารไข่ขาวในปัสสาวะอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง หากปล่อยปละละเลยจนไตเสื่อมถึงที่สุดก็จะกลายเป็นไตวายเรื้อรัง ซึ่งในที่สุดอาจต้องทำการฟอกไตหรือผ่าตัดปลูกถ่ายไต

๔. ภาวะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Atherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดตีบตันจนขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ร่วมด้วย (เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงหรือผิดปกติ) ก็จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้มากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องควบคุมเบาหวานและปัจจัยเสี่ยงไปพร้อมๆ กัน รวมทั้งต้องรับประทานยาแอสไพรินเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ด้วย นอกจากนี้ เลือดยังอาจขาดเลือดไปเลี้ยงขาและเท้าด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดกล้ามเนื้ออ่อนงขณะเดินมากๆ ถ้าเกิดเป็นแผลที่เท้า แผลจะหายได้ยาก หรือนิ้วเท้าเป็นเนื้อตายเน่า และอาจพบเป็นตะคริวตอนกลางคืนได้บ่อย

๕. การติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานจะเป็นโรคติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ โดยอาจเป็นการติดเชื้อซ้ำซาก (เช่น ภาวะปัสสาวะอักเสบ ช่องคลอดอักเสบ โรคเชื้อราแคนดิดา กลาก) เป็นการติดเชื้อเรื้อรัง (เช่น วัณโรคปอด) หรืออาจเป็นการติดเชื้อรุนแรง (เช่น หูชั้นนอกอักเสบรุนแรง ปอดอักเสบ กรวยไตอักเสบเฉียบพลัน เท้าเป็นแผลติดเชื้อซึ่งอาจลุกลามจนเท้าเน่า)

๖. ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การอักเสบของเนื้อเยื่อรอบฟัน (มีโอกาสมากที่จะเป็นโรคปริทันต์หรือโรคเหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียฟัน), นิ้วน้ำดี, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจพิการซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้, ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง, ภาวะไขมันสะสมในตับซึ่งอาจทำให้กลายเป็นตับแข็งหรือมะเร็งตับ

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>เส้นประสาท มือถูกพังผืดรัดแน่น รวมทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งตับอ่อนได้มากขึ้นอีกด้วย</p> <p>๗. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครุฑ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะครุฑเป็นพิษ ความมันโลหิตสูง ขณะตั้งครุฑ มีโอกาสแท้งบุตรมากขึ้นหรือทารกในครรภ์อาจเสียชีวิตได้ ทารกอาจมีน้ำหนักตัวมากทำให้คลอดลำบาก และมีโอกาสเกิดอันตรายในระหว่างการคลอดได้สูง</p> <p>๓.๑.๓ การวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน มุ่งเน้นเพื่อให้ ผู้ป่วย หรือญาติมีความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองด้านของการกินยาต่อเนื่อง การลดพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหายจากภาวะแทรกซ้อน และลดการกลับเป็นซ้ำ โดยในกระบวนการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ถึงบ้านเป็นกระบวนการสำคัญ ในการดูแลและจัดการกับผู้ป่วยในระบบสุขภาพ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเน้นการจัดทำ และให้บริการสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสมตามสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย</p> <p>๓.๑.๔ ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา เป็นการศึกษาถึงสรรพคุณและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาได้แก่ Mixed tard Human ๓๐/๗๐ ๒๔ -๐-๑๒ Unit sc ac.Amlodipine ๑๐ mg. ๑ tab oral OD pc. ASA (๘๑) ๑ tab oral OD pc.,Simvastatin ๒๐ mg. ๑ tab oral hs.Sodium Chloride ๓๐๐ mg ๑ tab oral pc.Ferrous Fumarate ๑ tab oral tid pc.</p> <p>๓.๒ แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ</p> <p>๓.๒.๑ แนวคิดการวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อมวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยอาจได้จากคำบอกเล่าอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบเห็น หรือจากการตรวจตรวจพบความผิดปกติต่างๆ พร้อมทั้งสามารถบอกแนวปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้ตอบสนองต่อข้อวินิจฉัยทางการแพทย์นั้นๆได้</p> <p>๓.๒.๒ แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การช่วยทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีพลังอำนาจ โดยการตั้งศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีอิสระในการเลือกวิธีการจัดการปัญหาด้วยตัวเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น</p> <p>๓.๒.๓. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยในสถานที่อื่น ๆนอกเหนือจากโรงพยาบาล การพยาบาลเหล่านี้จะทำโดยพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค การพยาบาลมักจะออกมาในรูปของการออกไปให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนที่ผู้ป่วยคุ้นเคย เพราะจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีมากขึ้น ผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้จึงจำเป็นต้องกลับไปรักษาพยาบาลที่บ้าน ประชญาและแนวคิดของการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การให้บริการดูแลและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในสถานที่ที่ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยซึ่งมักจะเป็นบ้านของผู้ป่วยหรือครอบครัว ๒. ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงกับการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ๓. ปฏิบัติการพยาบาลมุ่งการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามแผนการรักษาที่มีประสิทธิผล (effective treatment) มากกว่าการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่มีความซับซ้อนและยุ่งยาก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี ๒๕๖๕ พบที่ผ่านมามีผู้ป่วยทั่วโลกแล้ว ๕๓๗ ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง ๖.๗ ล้านคน หรือเสียชีวิต ๑ ราย ในทุกๆ ๕ วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ๓ แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน ๓.๓ ล้านคน ในปี ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด ๑๖,๓๘๘ คน (อัตราตาย ๒๕.๑ ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง ๔๗,๕๔๖ ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๕) สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ ๑๐ มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ พบมากที่สุด ร้อยละ ๒๒.๖๑ คือกลุ่มผู้สูงอายุ และรองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๙ ปี พบร้อยละ ๑๔.๖๓ (ระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๔)

จากสถิติที่ผ่านมา ประชากรส่วนใหญ่ของเขตรับผิดชอบ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสำโรง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งอันดับต้นๆเป็นโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัว จนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีแผลเรื้อรัง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ปี ๒๕๖๓ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ๓๔๑ คน เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน ๑๖ คน ปี ๒๕๖๔ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ๓๕๕ คน เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน ๓๖ คน ปี ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ๓๗๐ คน เกิดภาวะแทรกซ้อนจำนวน ๔๒ คน ทำให้ผู้ป่วยได้มานอนโรงพยาบาลด้วยปัญหาเดิมซ้ำๆบางคนต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรัง ซึ่งเกิดการใช้งบประมาณในการรักษาเพิ่มขึ้น

ดังนั้น พยาบาลกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ในฐานะที่เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วย จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษา และช่วยเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่ที่ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ตลอดจนการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด

โครงเรื่องโดยย่อ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๑ ปี รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง น้ำหนัก ๖๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร วัดอุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ไม่มีโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา ไม่มีประวัติผ่าตัด เริ่มป่วยเป็นเบาหวาน ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลสำโรงมาตลอด ยาที่ผู้ป่วยได้รับ Mixed tard Human ๓๐/๗๐ ๒๔ -๐-๑๒ Unit sc ac.Amlodipine ๑๐ mg. ๑ tab oral OD pc. ASA (๘๑) ๑ tab oral OD pc.,Simvastatin ๒๐ mg. ๑ tab oral hs.Sodium Chloride ๓๐๐ mg ๑ tab oral pc.Ferrous Fumarate ๑ tab oral tid pc. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยจะมีปัญหาเรื่องการทานยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงบ่อยๆ ระดับน้ำตาลอยู่ระหว่าง ๔๐๐ - ๕๓๗ mg/dl. และมีแผลเรื้อรังที่เท้าเป็นๆหายๆ ได้รับการดูแลล้างแผล และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลผู้ดูแลรายกรณี และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลสำโรง ให้คำแนะนำในการดูแลตัวเอง ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และให้ความรู้ในประเด็นที่ขาด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล บางครั้งไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง เนื่องจากเหนื่อยและคิดว่าน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าทานยาอาจทำให้หมดสติ ทั้งหมดคือการเข้าใจของคนไข้ ในประเด็นนี้เองทำให้พยาบาลชุมชน ผู้รับผิดชอบดูแลคนไข้ที่บ้าน ได้วางแผนติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และและพฤติกรรม พยาบาลต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

เพราะช่วงแรกๆผู้ป่วยยังไม่บอกเกี่ยวกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง ทำให้เวลามาพบแพทย์ตามนัด และตรวจระดับน้ำตาลยังสูงมาก ทำให้แพทย์ต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา และเพิ่มยารักษาเบาหวานมากขึ้น ทั้งที่จริงแล้ว ผู้ป่วยไม่กินยาและกินอาหารปกติ เหมือนก่อนยังไม่ป่วย พยาบาลต้องอาศัยความสม่ำเสมอไปเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเปิดใจ พยาบาลได้อธิบายผลของระดับน้ำตาลในเลือดสูงและผลกระทบที่ผู้ป่วยต้องเจอ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ และเล่าปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยให้ได้ทราบ เมื่อผู้ป่วยและพยาบาลได้ตกลงที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน พยาบาลได้ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อนำผู้ป่วยมาอนรักษที่โรงพยาบาล เพื่อปรับระดับน้ำตาล ๑ สัปดาห์ เมื่อรู้ว่าเมื่อผู้ป่วยกินยาและฉีดยาตามแผนการรักษาแล้ว ระดับน้ำตาลที่แท้จริงอยู่ที่ระดับ ๓๑๒-๔๓๐ mg/dl.

หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสำรอง พยาบาลได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีพลังอำนาจ โดยการตั้งศักยภาพที่มีอยู่ออกมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีอิสระในการเลือกวิธีการจัดการปัญหาด้วยตัวเอง เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น การดูแลตัวเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ผู้ป่วยเลือกวิธีการควบคุมการกินอาหาร เริ่มจากการประกอบอาหารที่ภรรยาผู้ป่วยเป็นคนประกอบอาหารให้ ลดปริมาณรสหวาน มัน เค็ม งดกินข้าวเหนียวให้กินข้าวสวย ขณะเยี่ยมบ้านระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๙๘ - ๑๕๘ mg/dl. มีแผลเรื้อรังที่ขาทั้งสองข้าง รับฟังคำแนะนำและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ ระดับน้ำตาลในเลือดล่าสุด ๑๕๒ mg/dl.

จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้ และติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้พยาบาลได้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย ได้ดูแลแก้ไขตรงปัญหาที่แท้จริง ทำให้ผู้ป่วยและญาติสบายใจขึ้น การเอาใจใส่สม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี พยาบาลได้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การประสานเรื่องยา เรื่องนัด และข้อมูลการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสำรอง การเยี่ยมบ้านอาศัยความร่วมมือของแกนนำสุขภาพในชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพราะมีเครือข่ายที่ดี และเข้มแข็ง

ตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาทางการพยาบาลคือ

๑. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
๒. มีแผลเรื้อรังที่ขาทั้งสองข้าง
๓. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย
๔. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. เลือก Case แบบเฉพาะเจาะจง เพื่อทำการศึกษา ๑ ราย
๒. รวบรวมข้อมูลประวัติของกรณีศึกษา ทบทวนข้อมูลจากตำราวารสารงานที่เกี่ยวข้อง
๓. ศึกษาปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน
๔. ศึกษาการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๕. นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)			
๗. สรุปการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน			
๘. จัดทำผลงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม			
เป้าหมายของงาน			
๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ได้รับความปลอดภัย และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน			
๒. เพื่อนำความรู้แนวทางที่ได้รับ ไปพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย			
๕.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)			
๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ปี ๒๕๖๓ - ปี ๒๕๖๕			
ข้อมูล	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	๓๔๑ ราย	๓๕๕ ราย	๓๗๐ คน
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน	๑๕ ราย	๓๖ ราย	๔๒ ราย
ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ≥ ๘๐ %	๘๒ %	๘๖ %	๘๖ %
๕.๒ เชิงคุณภาพ			
๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย			
๒. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยและทราบถึงการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง			
๓. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย			
๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ			
๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนได้			
๒. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย			
๓. เป็นแนวทาง แนะนำ ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่บ้าน			
๔. เป็นเอกสารประกอบการศึกษา ค้นคว้า สำหรับนักศึกษาพยาบาล พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศึกษาดูงาน			
๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ			
ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ ความยุ่งยากอยู่ในขั้นตอนการค้นหาปัญหาที่แท้จริง ที่ทำให้ระดับน้ำตาลไม่ลดลง เพราะช่วงแรกๆผู้ป่วยยังไม่บอกเกี่ยวกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง ทำให้เวลามาพบแพทย์ตามนัด และตรวจระดับน้ำตาลยังสูงมาก ทำให้แพทย์ต้องปรับเปลี่ยนแผนการรักษา และเพิ่มยารักษาเบาหวานมากขึ้น ทั้งที่จริงแล้ว ผู้ป่วยไม่กินยาและกินอาหารปกติ เหมือนก่อนยังไม่ป่วย พยาบาลต้องอาศัยความสม่ำเสมอไปเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเปิดใจ พยาบาลได้อธิบายผลของระดับน้ำตาลในเลือดสูงและผลกระทบที่ผู้ป่วยต้องเจอ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ และเล่าปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยให้ได้ทราบ เมื่อผู้ป่วยและพยาบาลได้ตกลงที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน พยาบาลได้ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อนำ			

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

ผู้ป่วยมาอนรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อปรับระดับน้ำตาล ๑ สัปดาห์ เมื่อรู้ว่าเมื่อผู้ป่วยกินยาและฉีดยาตามแผนการรักษาแล้ว ระดับน้ำตาลที่แท้จริงอยู่ที่ระดับใด ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในครั้งนี้ ใช้เวลานานพอสมควร ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ - มิถุนายน ๒๕๖๖ พยาบาลต้องใช้ความอดทน ความสม่ำเสมอ และทักษะการสื่อสาร การประสานงานที่ดี จึงทำให้งานสำเร็จ

๔. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ในการดูแลตัวเอง เนื่องจากวิตกกังวลคิดว่าตัวเองเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ส่งผลให้ไม่ได้ดูแลใส่ใจตัวเองเท่าที่ควร ไม่ทานยาต่อเนื่องทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

๒. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตัวเอง และเชื่อว่าแผลเล็กๆถ้าจะหายต้องหาย โดยไม่ต้องรักษาจริงจัง ทำให้การพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องแผลทำได้ยาก เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ความพยายาม สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยว่าแผลจะหายได้ถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และต้องช่วยกันทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย

๕. ข้อเสนอแนะ

๑. การคัดกรองโรคเบื้องต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเร็วขึ้น ทั้งนี้ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

๒. ควรมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (case management) และเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ซึ่งจะสามารถทำงานประสานงานในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเป็นเรื่องที่สำคัญ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ควรมีทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษา การประเมินผลทางการพยาบาล

๔. การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพทั้งในทีมสุขภาพและองค์กรประชาชนในชุมชน เพื่อมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทศนคติของกลุ่มเป้าหมายนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันอุบัติการณ์ของโรค

๕. ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะของบุคลากรทางการพยาบาล ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะเรื่องแผลเบาหวาน ร่วมกับชุมชน เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) -

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางวิไล คงมี สัดส่วนงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางวิไล คงมี)

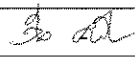
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางวิไล คงมี	
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายสุรศักดิ์ เกษมศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง

(วันที่) ...๙/.../สิงหาคม /๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบบูรณาการ ตำบลสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของคนไทย โดยพบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่วันละ ๓๓๖ คน หรือ ๑๒๒,๗๕๗ คนต่อปี เสียชีวิตวันละ ๒๑๕ คน หรือ ๗๘,๕๔๐ คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ ๘ ราย จากข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วง ๓ปีระหว่างปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ มีผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๔,๑๑๗,๕๐๔ ครั้ง ชดเชยค่ารักษาจำนวน ๒๖,๖๗๙ ล้านบาท ทั้งนี้เฉพาะข้อมูลปี ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยที่เข้ารับรักษา จำนวน ๒๓๔,๑๑๖ คน รับบริการรักษา จำนวน ๑,๔๓๑,๗๙๕ ครั้ง ชดเชยค่ารักษาจำนวน ๙,๕๕๗ ล้านบาท ล่าสุดข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า คนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง วันละ ๒๒๑ คน หรือ ๘๐,๖๖๕ คนต่อปี และมีคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ ๓๓๖ หรือ ๑๒๒,๗๕๗ คนต่อปี เมื่อแยกเพศ ชาย หญิง แล้วพบว่า เพศชายป่วยเป็นมะเร็ง ๑๖๙.๓ คนต่อประชากร ๑ แสนคน คิดเป็นอันดับที่ ๑๕ ของเอเชีย โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย อันดับหนึ่ง คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี อันดับสอง คือ มะเร็งปอด และอันดับสาม คือ ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ส่วนเพศหญิงพบป่วยเป็นมะเร็ง ๑๕๑ คนต่อประชากร ๑ แสนคน คิดเป็น อันดับ ๑๘ ของเอเชีย โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง อันดับหนึ่ง คือ มะเร็งเต้านม อันดับสอง คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี ส่วนอันดับสามคือ มะเร็งปากมดลูก

สถานการณ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีดับ ๒๔๕ ราย มะเร็งปาก มดลูก ๖๑ ราย มะเร็งเต้านม ๑๐ ราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒๒ ราย มะเร็งปอด ๒๖ ราย มะเร็งช่องปาก ๑๑ ราย มะเร็งกระเพาะอาหาร ๘ มะเร็งรวมทุกชนิด ๒๙๗ ราย มีผู้ที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มควบคุมคือไม่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และยังใช้ชีวิตอยู่ในขณะทำการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ๑๗,๔๔๙ ราย เป็นชาย ๕,๒๐๑ ราย หญิง ๑๒,๒๔๘ ราย (ทะเบียนมะเร็งชุมชนจังหวัดขอนแก่น,๒๕๖๐)

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ดูแลประชากรในเขตตำบลสำโรง จำนวน ๑๒ หมู่บ้าน ประชาชนทั้งหมด จำนวน ๕,๙๖๕ คน ประชากรหญิงมากกว่าประชากรชาย อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร การเจ็บป่วยส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระยะเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๕ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสำคัญของตำบลสำโรง มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมากขึ้น พบ ๑๘๒,๑๗๗ และ ๑๖๑ ราย ตามลำดับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ก็พบมากเป็นอันดับ ๒ รองจากมะเร็งท่อน้ำดี ปัญหาที่ผ่านมา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ตำบลสำโรง ได้รับการดูแลระดับรองรองตามอาการและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยลดอาการและความทุกข์ทรมานจากโรค แต่ยังไม่ได้อุทิศในด้านของจิตใจที่มากพอ ส่วนมากจะเป็นการดูแลเฉพาะทางการแพทย์เท่านั้น ด้วยบริบทของชุมชน มีความเชื่อด้านศาสนา หมอพรหมพิธีบายศรีสู่ขวัญ และมีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการพัฒนาต่างๆของอำเภอสำโรง รวมถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง จากปัญหาดังกล่าวผู้จัดทำเล็งเห็นความสำคัญ จึงมีการและบูรณาการร่วมกับบริบทและเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้ดูแลแบบองค์รวม คลอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบบูรณาการ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความพอใจในบริการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การเจ็บป่วยในอดีตนั้น พบว่าโรคติดต่อเป็นสาเหตุของการตายมากที่สุด อย่างเช่น วัณโรค มาลาเรียหรือโรคอุจจาระร่วง เป็นต้น ต่อมาความเจริญของโลก ได้ปรับเปลี่ยนจากยุคเกษตรกรรมมาเป็นยุคอุตสาหกรรม ความเป็นเมืองมีมากขึ้น ประชากรเคลื่อนย้ายเข้าสู่พื้นที่อุตสาหกรรม เพื่อความอยู่รอดของการดำรงชีวิต ตามสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมอนามัยและวิถีชีวิตเปลี่ยนไป โรคที่เกิดจากการไม่ติดต่อ เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดในเวลาต่อมา อย่างเช่น อุบัติเหตุ, โรคหัวใจ, และโรคมะเร็ง เป็นต้น ในปัจจุบัน อัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกพบว่าโรคมะเร็ง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ ๒ รองจากโรคหัวใจ ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เสียทรัพยากรมนุษย์และเสียเศรษฐกิจของชาติในการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆกับผู้ป่วยมากมาย นอกจากจะบั่นทอนสุขภาพกายของผู้ป่วยแล้ว ยังบั่นทอนสุขภาพจิต ทำลายเศรษฐกิจของผู้ป่วย ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการรักษา มีความท้อแท้ต่อชีวิต จนบางครั้งไม่ดูแลตัวเอง ทำให้อาการของโรคกำเริบเพิ่มมากขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบบูรณาการในครั้งนี้ ผู้จัดทำได้นำแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Intcgrated care) ของไลซ์เซนริง (Lcichsenring, ๒๐๐๔) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นแนวคิดที่บูรณาการแนวคิดการพยาบาลองค์รวมและการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ โดยผสมผสานแนวทางการรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพและการดูแลตามความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การดูแลแบบบูรณาการ (Intcgrated care) เป็นแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยที่ผสมผสานการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprchensive care) โดยนำแนวทางการรักษา พยาบาลแผนปัจจุบัน และความเชื่อในการรักษาพยาบาลตามภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมเข้าด้วยกัน (Leichsenring, ๒๐๐๔) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่ใช้หลักศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ไหว้พระการทำบุญอุทิศส่วนบุญส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร และการถือศีล ในการเขียวยามผสมผสานกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันสามารถมีชีวิตได้มากกว่า ๕ ปี (จันทราจิตต์วิบูลย์, อ่างใน วีรยา อินทร์คง, ๒๕๕๘) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการใช้ธรรมะและสมาธิในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าการใช้ธรรมะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย ใจสบายด้วยบุญอุปถัมภ์ ใจสู้ด้วยธรรมะ ไม่หวั่นกลัวความตายและมีที่พึ่งทางใจส่วนสมาธิช่วยให้ใจสงบ สบายใจ คลายโกรธ และผ่อนคลายนอนหลับได้ (วีรยา อินทร์คง, ๒๕๕๘)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ (Intcgrated palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบองค์รวมและการดูแลแบบเบ็ดเสร็จ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยผสมผสานการรักษาแผนปัจจุบัน การรักษาและการดูแลตามความเชื่อ วัฒนธรรมและค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมุ่งเน้นการให้บริการด้านสุขภาพแบบผสมผสานที่มีการเชื่อมโยงการให้บริการในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิและจากโรงพยาบาลไปยังชุมชนซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการดำเนินงานและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน มีการประสานงานที่ดีทั้งภายในและภายนอกระบบ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวทีมสุขภาพและเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริการที่ดี มีคุณภาพ ลดปัญหาการสื่อสารและส่งเสริม

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมความเป็นองค์รวม ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการเป็นรูปแบบการบริการที่คำนึงถึงผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ และการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ

การดำเนินงาน

1. รวบรวมข้อมูล จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการประสานดูแลต่อเนื่อง จากศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลสำโรง
2. เข้าร่วมอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อรับนโยบายและเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคอง
3. ศึกษาบริบทของชุมชน รวบรวมข้อมูล
4. เข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อถ่ายทอดนโยบาย เพื่อเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายดูแล ร่วมกับเครือข่าย
6. ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย
7. สรุปผลการดำเนินการ

แนวทางการดูแล

1. เมื่อมีผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย กลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลผู้รับผิดชอบจะติดต่อผู้ป่วยเพื่อขออนุญาตเยี่ยม ประสานงานนัดหมายกับอสม. เพื่อลงประเมินความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งความเชื่อ และสิ่งคาดหวัง
2. ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามบริบทของชุมชน และความเชื่อของผู้ป่วย แต่ต้องอยู่ภายใต้แผนการรักษาที่ถูกสุขลักษณะอนามัย เช่น ถ้าผู้ป่วยต้องการทำพิธีบายศรีสู่ขวัญ หรือจะรักษาทางพิธีกรรม ผู้ป่วยและครอบครัวก็จะได้รับการดูแลตามความเชื่อ พร้อมๆไปกับการดูแลทางการแพทย์แผนปัจจุบัน
3. มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ นำโดยท่านนายอำเภอ สำโรงสถานีตำรวจ เทศบาลตำบลสำโรง ผู้นำชุมชน อสม.ร่วมกับสาธารณสุข เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยและมอบของที่ใช้ที่จำเป็น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
4. มีถนนสายวัฒนธรรม ส่งเสริมให้ทำบุญตักบาตร เพื่อเป็นสิริมงคลในชีวิต
5. มีระบบให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยในชุมชน มีพยาบาลรับผิดชอบชัดเจน

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)						
ตารางการดำเนินงาน						
กิจกรรมการดำเนินงาน	ระยะเวลาในการดำเนินงาน					
	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
1. รวบรวมข้อมูล จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ได้รับการประสานดูแลต่อเนื่อง จากศูนย์การดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลสำโรง	↔					
2. วิเคราะห์ปัญหา	↔	↔				
3. เข้าร่วมเข้าร่วมอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อรับนโยบายและเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคอง	↔	↔				
4. ศึกษาบริบทของชุมชน รวบรวมข้อมูล		↔	↔			
5. เข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อถ่ายทอดนโยบาย เพื่อเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย		↔	↔	↔		
6. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายดูแลร่วมกับเครือข่าย			↔	↔	↔	
7. ดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย				↔	↔	↔
8. สรุปผลการดำเนินงาน					↔	↔

ระยะเวลาดำเนินงาน มกราคม ๒๕๖๖ – มิถุนายน ๒๕๖๖

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกราย
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้การดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการ
3. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็งมีระบบการสนับสนุนการดูแลในชุมชนให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ตามบริบท และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้การดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการ ร้อยละ ๑๐๐
2. ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและญาติมีความพึงพอใจในการรับบริการร้อยละ ๘๐

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ด้านผู้ป่วยและญาติ
 - ๑.๑ ผู้ป่วยได้รับการดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน จนวาระสุดท้ายของชีวิต

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๑.๒ ผู้ป่วยได้จัดการในสิ่งที่ค้างอยู่ ได้รับการดูแลตามบริบท และความเชื่อทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษา

๑.๓ ลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค

๑.๔ เพิ่มศักยภาพญาติในการดูแลผู้ป่วย

๒. ด้านการพยาบาล

๑.๑ มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ที่ชัดเจน

๑.๒ การประสานงานและการทำงานบูรณาการร่วมกับชุมชน ทำให้สามารถนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการ และลดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคได้

โอกาสพัฒนา/การพัฒนาต่อเนื่อง

๑. ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนกระทั่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

๒. ด้านบริการ บุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งระยะสุดท้าย ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนผู้ป่วยและญาติให้มีการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ วางแผนในการให้ความรู้ สาธิตในการปฏิบัติการต่างๆ เช่น การให้อาหารทางสายยาง และติดตามเยี่ยมประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเองและดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระของสังคม และครอบครัว

๓. ด้านเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยควรเพิ่มศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ชุมชน ตลอดจน รพ.สต. เพื่อให้มีความสามารถในการประเมิน ช่วยเหลือและ ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันท่วงที

๔. ด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน ควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงผลกระทบทางด้านจิตใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความรู้และเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่นักศึกษา เน้นการเป็นผู้ประสานงานที่ดีในทีมสุขภาพ

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางวิไล คงมี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๐๓ สิงหาคม ๒๕๖๖