

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา)

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2-ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ตุลาคม 2565 - เมษายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
การศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษาโรคเมลิออยโดสิสที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนร่วม ผู้ศึกษาได้ทบทวนตำรา ค้นคว้าความรู้ และการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกและความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการรอบในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับพยาธิ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและการรักษา การพยาบาลโรคเมลิออย
 - 3.1.1 อุบัติการณ์และสาเหตุการเกิดของโรคเมลิออย
 - 3.1.2 การวินิจฉัยและการรักษา
 - 3.1.3 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเมลิออยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนร่วม
 - 3.1.4 แนวทางการดูแลรักษาโรคเมลิออยหลังระยะภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
 - 3.2 แนวคิดทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการพยาบาล ได้แก่
 - 3.2.1 การใช้กระบวนการพยาบาล
 - 3.2.2 การใช้ 7Aspects of care
 - 3.2.3 การพยาบาลแบบองค์รวม
 - 3.3 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้แก่
 - 3.3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน
 - 3.3.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ส่วนที่-2 ผลงานที่เป็นผลกรปฏิบัติจนหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

3.1 ความรู้เกี่ยวกับพยาธิ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยและการรักษา การพยาบาลโรคmelioid (ต่อ)

โรคmelioidเป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรีย ที่ระบาดในประเทศไทย ไม่มีอาการแสดงที่จำเพาะ ยากต่อการวินิจฉัย ไม่มีชุดตรวจคัดกรองใดๆ ที่มีความแม่นยำในการวินิจฉัยเบื้องต้น มีอัตราการเสียชีวิตสูง ยากต่อการรักษา ผู้ป่วยมีอาการแสดงได้หลากหลายและไม่มีอาการจำเพาะ ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการไข้สูงเพียงอย่างเดียว อาจมีไข้สูงช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยไม่มีอาการจำเพาะที่อวัยวะใดๆ อาจมีอาการปอดอักเสบติดเชื้อ มีไข้ ไอ มีเสมหะเจ็บหน้าอก หรืออาจมีเนื้อตายหรือฝีหนองที่ปอดตับหรือม้าม ผู้ป่วยมักมีอาการล้มเหลวของ อวัยวะต่างๆ จากการติดเชื้อ (multiple organ failure)และเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว

1.1 สาเหตุการเกิดโรค

เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Burkholderia pseudomallei* (เชื้อmelioid) ซึ่งเป็นแบคทีเรียชนิดกรัมลบ ก่อให้เกิดโรคในคนและสัตว์ในเขตร้อนชื้น พบได้ทั่วไปในดินและน้ำในแหล่งระบาด เชื้อmelioidพบได้ในดินและน้ำทุกภูมิภาคในประเทศไทย พบได้บ่อย ที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ติดเชื้อมีอาการแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ไม่มีอาการ จนกระทั่งติดเชื้อในกระแสโลหิตแพร่กระจายไปทุกอวัยวะ ผู้ป่วยที่มีอาการโลหิตเป็นพิษเฉียบพลันจะมีอัตราป่วยตายสูงถึง 40-60% โดยเฉพาะร่วมกับโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ติดสุราเรื้อรัง มักเสียชีวิตภายใน 24-48 ชั่วโมง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จะมีความเสี่ยงสูง ในการติดเชื้อmelioid โรคอื่นๆ ที่พบว่ามี ความเสี่ยงในการติดเชื้อmelioid ประกอบไปด้วย โรคทาลัสซีเมีย โรคมะเร็ง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัด การดื่มสุราและการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อmelioid ผู้ป่วยmelioidร้อยละ 25 ไม่มีประวัติโรคประจำตัวใดๆ ตรวจพบว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงเมื่อแรกรับ และร้อยละ 25 ไม่มีโรคประจำตัวใดๆ เชื้อแบคทีเรียชนิดนี้เดิมเคยถูกจัดอยู่ใน genus *Pseudomonas* จึงมีชื่อเดิมว่า *Pseudomonas pseudomallei* จากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขพบว่า จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยโรคmelioidโศกสมากสุดของประเทศไทย มีจำนวน 311 คน คิดเป็นร้อยละ16.75 ต่อแสนประชากร

ระยะฟักตัว

ระยะฟักตัวในผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันจะอยู่ระหว่าง 1-21 วัน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 9 วัน [ผู้ป่วยร้อยละ 90 ที่มาโรงพยาบาลมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน (Acute infection) ผู้ป่วยร้อยละ 10 อาจมาด้วยอาการเรื้อรัง (Chronic infection) หรือจากการแสดงออกของการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการใน อดีต (Latent infection) การติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการนั้นระยะฟักตัวอาจนานเป็นเดือน จนถึงหลายปี(นาน ที่สุดที่เคยมีรายงานคือ 62 ปี) และผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีอาการเมื่อมีภูมิคุ้มกันลดลง เช่น มีอาการเบาหวาน หรือ มีการติดเชื้ออื่นๆ เช่น ใช้หัวใจใหญ่

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคนี้อาจพบได้หลายรูปแบบ และไม่มีอาการเฉพาะ อาจมาด้วยอาการ แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. ใช้สูง มีอาการ sepsis, severe sepsis หรือ septic shock จากการติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) การติดเชื้อในกระแสเลือดพบได้ประมาณ 50% ของผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ ทั้งหมด
2. ปอดติดเชื้อเฉียบพลัน (acute pneumonia) เช่น ใช้ ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอก การติดเชื้อใน ปอดพบได้ประมาณ 50% ของผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ทั้งหมด และมักพบร่วมกับการติดเชื้อ ในกระแสเลือด
3. ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) เช่น ใช้ และอาจมีปัสสาวะแสบ ขัด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะพบได้ประมาณ 25% ของผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ที่ได้รับการเพาะเชื้อจากปัสสาวะด้วยอาหารเลี้ยงเชื้อที่จำเพาะกับเชื้อ Burkholderia pseudomallei
4. ติดเชื้อในข้อ (acute septic arthritis) เช่น ใช้ มีข้อบวม แดง ร้อน การติดเชื้อในข้อพบได้ ประมาณ 10% ของผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ทั้งหมด
5. ฝี(abscess) ซึ่งพบได้บ่อยในระดับ ม้าม ต่อมน์ าลีอง ตามผิวหนัง และอาจพบได้ในทุก อวัยวะในร่างกาย เช่น ฝีในสมอง ฝีในตา ฝีในช่องคอชั้นลึก ฝีในปอด หนองในเยื่อหุ้มปอด หนองในเยื่อหุ้มหัวใจ หลอดเลือดโป่งพอง จากการติดเชื้อ (mycotic aneurysm) ฝีในไต และ ฝีในต่อมลูกหมาก ฝีในตับและม้ามพบได้ประมาณ 33% ของผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ที่ได้รับการตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง
6. ต่อมน์ าลายพาโรติดอักเสบเป็นฝี (acute suppurative parotitis) พบได้ประมาณ 33% ของผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ในเด็ก
7. ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการรุนแรงและเฉียบพลัน (ร้อยละ 90%) แต่ผู้ป่วยบางรายก็อาจมี อาการเรื้อรังและให้อาการคล้ายโรคอื่นๆ ได้ เช่น ไอเรื้อรังคล้ายวัณโรค แผลเรื้อรังคล้าย มะเร็งผิวหนัง
8. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำ ตัวเช่น เบาหวาน ทาลัสซีเมีย และโรคไต มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเมลิ ออยด์มากกว่าคนปกติ แต่ผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ประมาณ 25% ก็ไม่มีประวัติโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลกรปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.2 การวินิจฉัยและการรักษา

1. การซักประวัติตรวจร่างกายและ ลักษณะอาการของผู้ป่วย แหล่งที่อยู่อาศัย ประวัติโรคประจำตัว การตรวจร่างกาย การตรวจรอยโรคที่ผิวหนัง การตรวจภาพเอกซเรย์ปอด

2. การตรวจเลือดหาสารก่อภูมิคุ้มกันต้านทานการติดเชื้อ (Serologic Test) และการหาสารพันธุกรรมของเชื้อ โดยการตรวจเลือดนั้นเป็นวิธีที่ใช้วินิจฉัยการติดเชื้อเมลิออยด์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

3. การเพาะเชื้อจากเลือด ปัสสาวะ เสมหะ (ถ้ามี) และ สิ่งส่งตรวจอื่นๆ เช่น หนองตามที่ต่างๆ การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการโดยการเพาะเชื้อ การทำการเพาะเชื้อเพื่อตรวจหาเชื้อเมลิออยด์ เชื้อ *Burkholderia pseudomallei* เจริญเติบโตได้ช้า ใช้เวลาถึง 4-7 วันในการเพาะเชื้อ

4. การตรวจหาเชื้อด้วยวิธีพีซีอาร์ (PCR) อาจสามารถช่วยวินิจฉัยโรคเมลิออยด์ได้ในเวลาอันรวดเร็ว พบว่ามีความไวต่ำกว่าการเพาะเชื้อ เนื่องจากปริมาณเชื้อที่พบในเลือดและสิ่งส่งตรวจต่างๆ มีปริมาณน้อย จึงทำการเพาะเชื้อยืนยันเพิ่ม

การรักษา

1. การใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ ขนาดยามาตรฐานสำหรับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน คือ cefazidime 50 mg/kg/dose (up to 2 gram) iv every 6-8 hours หรือ meropenem 25 mg/kg/dose (up to 1 gram) iv every 8 hours ขนาดยาปรับตามค่าการทำงานของไต

2. ประคับประคองรักษาตามอาการ เช่น การให้ยาลดไข้เมื่อมีไข้ การให้ยาแก้ปวดเมื่อมีอาการปวด การให้ออกซิเจนช่วยหายใจ การใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีปัญหาการหายใจ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเมื่อกินได้น้อย หรือในบางรายอาจต้องผ่าตัด เช่น การผ่าตัดระบายหนองในข้อ หนองในปอด หรือหนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น

3. ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแบบฉีด เป็นเวลาอย่างน้อย 14 วัน และจนกว่าไข้จะลง อย่างน้อย 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีไข้สูงต่อเนื่องโดยเฉลี่ยประมาณ 9 วัน

4. ส่งเลือดการเพาะเชื้อ จากเลือดซ้ำทุก 7 วัน หรือเมื่อมีอาการแย่ลงและต้องการเปลี่ยนยา การเปลี่ยนยาจาก ceftazidime ไปเป็น meropenem พิจารณาจากอาการทางคลินิกเป็นหลัก เช่น ผู้ป่วยอาการแย่ลง มีตำแหน่งติดเชื้อเพิ่มขึ้น หรือ มีผลเพาะเชื้อซ้ำจากเลือดขึ้นเชื้อเมลิออยด์แม้ว่าหลังจากได้รับยา ceftazidime มากกว่า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

48 ชั่วโมง ผู้ป่วย มากกว่าครึ่งจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะมากกว่า 14 วัน และอาจนานถึง 90-120 วันในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในข้อหรือในสมอง

ทั้งนี้โรคเมลิออยด์ที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีความรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ และเมื่อรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแล้ว ผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ชนิดรุนแรงที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจะมีอัตราความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 40

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรคเมลิออยด์ ได้แก่

- 1.ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. กระดูกอักเสบ
3. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
4. ฝีในสมอง ม้าม หรือตับ และหากติดเชื้อรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเมลิออยด์ที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนร่วม

1.3.1 การพยาบาลระยะไข้ผู้ป่วยจะมีไข้สูงสลับไข้ลดเป็นระยะเวลานาน การเช็ดตัว ให้ยาลดไข้และดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในช่วงที่ไข้ลดลง

1.3.2 การดูแลให้ยาปฏิชีวนะ สารน้ำ และยากระตุ้นความดันโลหิตในระยะที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากยาความเสี่ยสูง เช่นภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ(Phlebitis) และการติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพในระยะให้ยากระตุ้นความดันโลหิต

1.3.3 การประเมินอาการภาวะวิกฤติที่ต้องรายงานแพทย์ และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.3.4 การดูแลความสมดุลของสารน้ำและอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับ บันทึกปริมาณสารน้ำ เข้า-ออก และการรับประทานอาหารได้ การซักถามและติดตามผลเกลือแร่จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษากรณีมีผลผิดปกติ

1.3.5 การให้กำลังใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สร้างความเชื่อมั่นในการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติ (Empowerment)เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อเมลิออยด์และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตต่ำ จะมีไข้สูง อ่อนเพลีย ได้รับการใช้เครื่องมือติดตามสัญญาณชีพทางการแพทย์และการให้ยาในระยะเวลาานหรือการส่งไปรักษาต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือไม่ตอบสนองต่อยาที่ใช้รักษาซึ่งจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติกังวลและหมดกำลังใจในการรักษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.4 แนวทางการดูแลรักษาโรคเมลิออยหลังระยะภาวะแทรกซ้อนและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

1.4.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวของการป่วยโรคเมลิออย

1.4.2 วางแผนการจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในการที่ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องของยาชนิดรับประทานจนครบ 5 เดือน

1.4.3 ให้ข้อมูล วิธีการปฏิบัติตัวและการเฝ้าระวัง ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับสู่ชุมชน

ส่วนที่ 2 แนวคิดทางการพยาบาลที่นำมาใช้ในการพยาบาล ได้แก่

2.1 การใช้กระบวนการพยาบาล

2.1.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง Subjective data, Objective data

2.1.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) มี 3 รูปแบบ

แบบที่ 1 มีภาวะสุขภาพดี

แบบที่ 2 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพ เพราะมีปัจจัยเสี่ยง

แบบที่ 3 มีปัญหาสุขภาพ

2.1.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning) จัดลำดับความสำคัญ กำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล การบันทึกแผนการพยาบาล ประกอบด้วย วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ผลลัพธ์และเกณฑ์การประเมินผล (Out comes) และกิจกรรมการพยาบาล (Intervention)

2.1.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

2.1.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

2.2 การใช้ 7 Aspects of care

2.2.1 การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment)

ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างถูกต้องครบถ้วนทันทีที่ได้รับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและการประเมินปัญหา/ความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดการดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากการดูแล

การรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานการดูแล/การพยาบาลที่กำหนด และข้อมูลนั้นมีคุณภาพเพียงพอแก่การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการดูแล รวมทั้งเพียงพอต่อการประเมินผลการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลกรปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.2.2 การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management) หมายถึง การช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ ทั้งอาการรบกวนด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามชีวิตและอาการคลื่นไส้อาเจียนนอนไม่หลับวิตกกังวลกลัว

2.2.3 การดูแลความปลอดภัย(Provision for Patient Safety)

การจัดการให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี รังสี แสงและเสียง โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

การจัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอพร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย

การจัดการ การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนดเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน

2.2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรักษาพยาบาล (Prevention of complication) หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลใดๆ ที่เป็นไปเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย แต่ละรายหรือแต่ละกลุ่มโรค/อาการ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของการรักษาด้วย เช่น การป้องกันอันตรายจากการให้ยาบางชนิด การให้เลือด การให้ออกซิเจน การห้ามเลือด การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย/อวัยวะด้วยวิธีต่างๆ

2.2.5 การให้การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การจัดการให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อแผนการรักษาพยาบาล การประสานงานกับหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง การสื่อสารเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย

2.2.6 การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือ การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การปฏิบัติตามการปฏิบัติตนตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัดทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ ด้วย เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น และการแจ้งข่าวร้ายกรณีผู้ป่วยเสียชีวิต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลกรปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

2.2.7 การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ (Enhancement of patient satisfaction) กิจกรรมการพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ และการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะเกี่ยวกับการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูลและการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม

2.3 การพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิต

วิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความหมายของแต่ละด้าน ดังนี้

2.3.1 ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีผลกำลังที่สมบูรณ์

2.3.2 ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย

2.3.3 ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.3.4 ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

ส่วนที่ 3 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้แก่

3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองในอาการป่วยทำให้กระทบต่อรายได้ และทำให้เกิดพฤติกรรมการพึ่งพิงในระยะป่วยและการขาดความรู้ในการป้องกันการเกิดการติดเชื้อเมลิออย มีอาชีพทางเกษตรกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ผู้ป่วยกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย มีส่วนสูงและน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผิวหนังยืดหยุ่นดี ไม่มีปัญหาในการรับประทานอาหารในระยะก่อนป่วย ในระยะป่วยทำให้ความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารต่อมื้อได้น้อยลง ในช่วงมีไข้ ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ(Electrolyte) พบมีเกลือแร่โปแตสเซียมในเลือดลดลง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย สามารถขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้เอง ในระยะมีไข้และความดันโลหิตต่ำที่เข้าสู่ภาวะ Septic shock ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อบันทึกปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมงในการบันทึกสารน้ำเข้า -ออก

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 3 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา ได้แก่

3.1 การประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

กรณีศึกษา รายที่ 1 หญิงอายุ 61 ปี ก่อนป่วยทำงานในไร่นาได้ไม่เหนื่อยหอบ เข้าใจว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย ในระยะแรกรับมืออาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมประจำวัน อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/86 มิลลิเมตรปรอท

กรณีศึกษา รายที่ 2 ชายอายุ 56 ปี ทำงานรับจ้างและทำนาผู้ป่วยทำกิจวัตรได้เองไม่เคยออกกำลังกายในระยะแรกรับมือไข้สูงอุณหภูมิ 39.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/78 มิลลิเมตรปรอท

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการอ่อนเพลียในระยะมีไข้ ทำให้นอนพักผ่อนได้น้อย ในช่วงที่มีไข้ระยะแรกเพราะการรบกวนจากกิจกรรมทางการแพทย์และแสงสว่างในห้องผู้ป่วยทำให้นอนหลับไม่สนิท ในระยะก่อนป่วยนอนหลับได้ดี ไม่เคยใช้ยานอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อ่านออก เขียนได้ รับรู้การป่วยของตนเองการตัดสินใจในแนวทางการรักษาอาศัยบุตรผู้ดูแลเป็นคนตัดสินใจร่วมกัน รับรู้ต่อสถานที่ วันเวลา บุคคลปกติ

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

ในภาวะปกติที่ยังไม่ป่วยผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความภูมิใจในตนเองที่ยังสามารถทำงานหาเลี้ยงตนเองได้ รับรู้การมีคุณค่าของตนเอง ในระยะป่วยต้องพำบุตรในการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีเป็นครอบครัวขยายในระยะป่วยทำให้ประกอบอาชีพไม่ได้รายได้จากการรับจ้างลดลงทำให้ต้องพึ่งบุตรในค่าใช้จ่ายของครอบครัว

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิง 61 ปี สามีเสียชีวิตมาแล้ว หมดประจำเดือนขณะอายุ 49 ปี เต้าน้ำข้างปกติ

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายอายุ 56 ปี มีสัมพันธภาพกับภรรยาปกติ ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

การปรับตัวและการเผชิญความเครียดในระหว่างป่วย ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเครียดและวิตกกังวลในอาการป่วยสับสนและท่าทางมีความเครียด จากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงเหมือนเดิมทำให้ต้องพึ่งพาบุตรหรือเจ้าหน้าที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนับถือศาสนาพุทธห้อยพระและ ผูกฝ้ายข้อมือ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

3.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (The theory of self-care deficit)

1.ระยะทดแทนบางส่วน (Partly compensatory) ใช้ในระยะ ที่ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน และระยะกลับมาฉดยารักษาต่อเนื่อง เช่น การช่วยเช็ดตัวลดไข้ การประเมินอาการและการสังเกตอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อน ในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้ระยะทดแทนบางส่วนในช่วงแรกที่มีไข้ ผู้ป่วยยังคงทำกิจวัตรบางอย่างได้เอง เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย

2.ระยะทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory) ในภาวะวิกฤติที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ เหนื่อยอ่อนเพลีย ในกรณีศึกษา 2 ราย ได้รับการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดในระยะที่ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะ Septic shock ที่พยาบาลผู้ดูแลต้องช่วยทำให้ในกิจวัตรประจำวันและการขับถ่าย

3.ระยะการพยาบาลแบบสนับสนุน (Education supportive) ผู้ป่วยอาการดีขึ้นในระยะเตรียมจำหน่าย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงโรค การป้องกันการเกิดซ้ำ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ในระยะนี้ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรบางอย่างได้เอง ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อดูแลที่บ้าน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเมลิออยโดสิส เป็นโรคที่ใช้เวลานานในการตรวจค้นหาโรคทำให้ผู้ป่วยบางรายมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วในบางรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้และผู้รับบริการส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลนาตาล มีอาชีพเกษตรกร สัมผัสกับดิน น้ำ และวัยทำงานและวัยสูงอายุช่วงกลุ่มอายุ 25-75ปีจำนวน 16,735 คน มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3,916ราย คิดเป็นร้อยละ 39.40 จากรายงานในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลนาตาล พบว่า ในปี 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในด้วยอาการไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 315 ราย และ 32 รายพบว่าตรวจพบเชื้อ Burkholderia pseudomallei ในภายหลัง และมีเสียชีวิต 1รายหลังจากส่งไปรักษาต่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยรักษาไม่ทันเวลา และ ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานขึ้น และพบว่ามี 3รายหลังจากรักษาครบระยะเวลาแล้ว กลับมาป่วยด้วยโรคเมลิออยด์ซ้ำใน การศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยโรคเมลิออยด์จำนวน 2 ราย เป็นวัยสูงอายุ 1ราย วัยทำงาน 1รายมีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงทั้ง 2 ราย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1.รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเมลิออยด์ จากตำราเอกสารวิชาการและข้อมูลวิชาการ หรือวารสารทางอินเทอร์เน็ตที่น่าเชื่อถือ นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

7

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

- 2.รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเมลิออยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน
- 3.ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนและค้นคว้าตำรา/เอกสารที่เกี่ยวข้อง
4. เลือกผู้ป่วยกรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 2 ราย
5. ศึกษาสถิติและปัญหาทางการแพทย์ในการพยาบาลผู้ป่วยเมลิออยด์ที่มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน
6. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
7. ประเมินตรวจร่างกายทุกระบบ และจิตใจ อารมณ์ สังคม รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน อดีต และการเจ็บป่วยในครอบครัว
8. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม
9. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษายาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านพร้อมทั้งให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง
10. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะรายจัดทำเป็นเอกสารวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

- 1.เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในกระบวนการดูแลอย่างถูกต้อง
- 2.เพื่อลดการรักษาที่ยาวนานและลดทรัพยากรในการรักษา
- 3.เพื่อการป้องกันและลดการติดเชื้อเมลิออยในประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและประชาชนทั่วไป

4.4 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา 2 ราย

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา รายที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 61ปี มี ไข้สูงหนาวสั่น ไอมีเสมหะ โรคประจำตัวDM ,HT ส่ง Hemoculture ,CBC , UA และเอ็กซเรย์ปอด(CXR) พบปอดติดเชื้อ และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ยา Fortum 2 gms IV q 8 ชม. รักษา 7 วัน มีไข้สูง 39-40 องศา และมีความดันโลหิตต่ำ และมีภาวะSeptic shock ได้รับยาLevophed 4:100 IVเริ่มให้ยาที่ 5 ml/hr ส่งรักษาต่อ รพ.ตระการพิชผล และ ส่งกลับมาฉีดยา Fortum 2 gms IV q 8 ชม.จนครบ 14 วัน ในระหว่างรักษามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะ และยังมีไข้เป็นบางวัน เมื่อได้รับยาครบเตรียมจำหน่ายกลับบ้านและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการมารับการรักษารับยาต่อเนื่องจนครบ 5เดือน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษา รายที่ 2 ชายไทย อายุ 56 ปี มีไข้สูงหนาวสั่น อาชีพทำนา โรคประจำตัว DM,HT ส่งHemoculture ได้ยา Cetriaxone 2 gms IV OD รักษา 5 วัน ไม่ได้ขึ้นเปลี่ยนยา Fortum 2 gms IV q 8 ชม. มีไข้สูง 39.5 -40 องศา.ชีพจร 118ครั้ง/นาที หายใจ 22 /นาที ความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท O2sat 96 % RA แพทย์ให้0.9% NSS 500ml in 15 min ยังมีภาวะความดันโลหิตต่ำ แพทย์จึงให้ 0.9%NSS 1000 ml in 30 min และให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Levophed 4:100 IV 5ml/hr หลังให้ยากระตุ้นความดันโลหิต วัดสัญญาณชีพ มีไข้.38.2 องศา. ชีพจร116/นาที ความดันโลหิต 98/52 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงส่งรักษาต่อ รพ.ตระการทิพย์ผล และส่งกลับมาฉีดยา Fortum 2 gms IV q 8 จนครบ 14 วัน เมื่อได้รับยาครบเตรียมจำหน่ายกลับบ้านและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการมารับการรักษา รับยาต่อเนื่องจนครบ 5เดือน

เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2ราย

- 1.ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง วัยก่อนไปทางสูงอายุ มีอาชีพทางการเกษตรเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเมลิออยด์ และทำให้อาการรุนแรงทรุดลงกว่ากลุ่มอื่น
- 2.ผู้ป่วยหญิงเป็นวัยสูงอายุ พบการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ปอด ผู้ที่มีโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงมากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยทำงาน

4.5 ผลการศึกษา

- 1 ผู้ป่วยกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ได้รับการคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรกรับและได้รับการส่งเลือดเพาะเชื้อทันที ทำให้ได้รับการรักษาเร็วขึ้นในการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับโรคเมลิออยด์ และเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤติที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันเวลาทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมและรับส่งต่อกลับมาให้ยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนจนครบกำหนดเวลา 14 วัน และได้รับยาชนิดรับประทานติดต่อกันจนครบ 5 เดือน
2. ได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ร่วมกับทีมการรักษาของโรงพยาบาล(PCT)
3. แพทย์ และ พยาบาลบาลวิชาวชิพใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายสงสัยติดเชื้อเมลิออยด์โดยการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดในการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อรายใหม่
4. ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยโรคเมลิออยด์ ได้รับการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและได้รับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนด และปลอดภัยจากการได้รับยาความเสี่ยงสูงในกรณีที่มีการใช้ยาขณะที่มีภาวะวิกฤติ
5. ผู้ป่วยและญาติได้รับการให้ความรู้ในการรับการรักษาต่อเนื่องจนครบตามกำหนด และการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำจากการสัมผัสสารเชื้อเพิ่มหรือการรับประทานยาไม่ครบตามที่กำหนด
6. กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเมลิออยด์ ในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือมีโรคประจำตัวอื่นๆ ผู้ติดสุราเรื้อรัง ได้รับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการได้รับเชื้อเมลิออยด์ โดยให้ความรู้ผ่านคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล และ อาสาสมัครในชุมชน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลลัพธ์เชิงปริมาณ

1.ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยด้วยอาการแสดงของไข้ได้รับกระประเมินติดตามภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 100

2.ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเมลิออย มีจำนวนวันนอน14 วันภายในเกินเกณฑ์ที่กำหนด

3.ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะวิกฤติที่ได้รับยาความเสี่ยสูงไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดดำอักเสบ(Phlebitis)

4.อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงจากร้อยละ9.37 เหลือร้อยละ 3.12 ในสิ้นปีงบประมาณ2566

5.2 ผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

1.ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษาได้รับการประเมิน คัดกรอง ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อด้วยเกณฑ์ของSIRs Systemic Inflammatory Response (SIRs)และ Search out Severity Score (SOS score) ทุกเวรทำให้ได้รับการเฝ้าระวังทันเวลา และได้รับการวินิจฉัยตรวจเพิ่มจากแพทย์ได้รวดเร็วขึ้น

2.พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเมลิออย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีมาตรฐาน

3.ผู้ป่วยโรคเมลิออยได้รับยาชนิดรับประทานครบตามแผนการรักษาทำให้ลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้ง ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายได้ทั้งในส่วนโรงพยาบาลและผู้รับบริการ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากการศึกษากรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเมลิออยโดสิสที่มีภาวะแทรกซ้อน : กรณีเปรียบเทียบกับ 2 ราย ทำให้พบว่ากระบวนการรักษาและการค้นหา เฝ้าระวังในภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลยังต้องมีการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลทั้งในส่วนแพทย์ และพยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีมาตรฐานและผู้ป่วยมีความปลอดภัยในระหว่างรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในส่วนผู้ให้บริการได้มีแนวปฏิบัติในการดูแลที่ชัดเจน มีการปรับแนวทางการดูแลใหม่ ดังนี้

1. จัดทำคู่มือ /แนวทางการบันทึกการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยบันทึกทุกเวรและรายงานแพทย์เมื่อตรวจพบระดับคะแนนที่มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละระดับของช่วงคะแนน
2. คู่มือแนวทางการปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสของโรงพยาบาล
3. แนวทางปฏิบัติเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้สารน้ำและยาความเสี่ยสูง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากและซับซ้อนที่คล้ายกันดังนี้

- 1.ด้านการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีอาการป่วยที่แสดงอาการต่างกันเมื่อเริ่มเข้าสู่ภาวะวิกฤติการให้การพยาบาล เพื่อช่วยชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะมีผลลัพธ์ที่ต่างกันในผู้สูงอายุจะมีความยากในการดูแลให้การพยาบาลมากกว่าวัยทำงาน
- 2.ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วยที่เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 รายจะมีการรับรู้และแสดงออกไม่เหมือนกัน ทั้งด้านความเครียดในการตัดสินใจไปรักษาต่อ ผู้ป่วยสูงอายุแสดงอาการมีความท้อแท้กังวลในการรักษา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1.การรวบรวมข้อมูลการเจ็บป่วยในระยะสัมภาษณ์และประเมินอาการผู้ป่วยในระยะแรกผู้ป่วยยังอ่อนเพลียจากไข้สูงไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนได้ครบถ้วนเนื่องจากมีข้อจำกัดในการสื่อสาร จึงศึกษาจากการสัมภาษณ์ประวัติการป่วยและประวัติส่วนตัวจาก บุตร/ผู้ดูแลเพิ่มเติม

2. การรวบรวมปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและการวิเคราะห์ปัญหาของกระบวนการการรักษาต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรแพทย์และพยาบาล พบว่ายังมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน จึงเสนอในการประชุมคณะกรรมการด้านการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล Patient care team (PCT) เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางในการในการดูแลของแพทย์และพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3.ความเข้าใจรับรู้ของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการได้รับเชื้อซ้ำในระยะหลังการรักษาในบางส่วนของคำแนะนำยังปฏิบัติได้ไม่เพียงพอ เช่น การดื่มน้ำที่ดื่มสุก การใส่อุปกรณ์ป้องกันเมื่อต้องสัมผัสกับดินน้ำเป็นเวลานาน แนะนำให้ญาติดื่มน้ำสุกใส่ชุดน้ำไว้ให้ผู้ป่วย และการฟอกล้างด้วยสบู่ทุกครั้งเมื่อเสร็จจากการสัมผัสน้ำ ดิน

9. ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา โรคเมลิออยด์ ทั้ง 2 รายพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษานอนโรงพยาบาลนานและใช้เวลานานในการตรวจรักษาจนกว่าจะพบเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคและได้ยารักษาที่เหมาะสมทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ การสูญเสียรายได้ในระหว่างนอนรักษาเป็นเวลานาน ความเครียดจากการรักษา ในด้านของสถานพยาบาลที่ให้การรักษามีผลกระทบต่อต้นทุนการรักษาที่มากขึ้นถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาในระยะเวลาาน ทำให้มีการใช้ทรัพยากรมากขึ้น ภาระงานบุคลากรเพิ่มขึ้น การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดแม้จะป้องกันได้ยากแต่การค้นหาและรักษาได้รวดเร็วอาจจะส่งผลต่อต้นทุนการรักษาได้เหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีการประเมินเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและให้การพยาบาลที่เหมาะสม ดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

- 1.การเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย การซักประวัติและการค้นหาภาวะเจ็บป่วย และการใช้กระบวนการพยาบาลในให้การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละระยะของอาการป่วยค้นพบอย่างรวดเร็วถูกต้องเหมาะสม
- 2.จัดทำแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
- 3.จัดทำแนวทางปฏิบัติการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเมลิออยด์
- 4.พัฒนาระบบการส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่ชุมชนในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในรายเก่าและป้องกันการติดเชื้อในรายใหม่

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานในโครงการประชุมวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” รุ่นที่ 1 วันที่ 15 ตุลาคม 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มเป้าหมายของโครงการคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 200 คน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1 นางสาวดารณี พาใบศรี	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 80
2. นางสาวศุภาวีร์ ประชุมแดง	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 10
3. นางสาวอรชуда ปัญญาวุฒิ	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 10

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวดารณี พาใบศรี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2567

ผู้ขอประเมิน

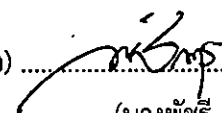
ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวดารณี พาใบศรี	
นางสาวศุภาวีร์ ประชุมแดง	
นางสาวอรชуда ปัญญาวุฒิ	

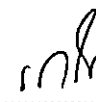
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
(นางพัชรี อมรสิน)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
(นายแพทย์เกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

1.เรื่อง การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะช็อก

2.หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลนาตาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ห่างไกลจากโรงพยาบาลตระการพืชผล ที่เป็นแม่ข่ายในการรับดูแลส่งต่อ ระยะทาง 50 กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ 102 กิโลเมตร ด้วยระยะทางที่ห่างไกล ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับความปลอดภัย พยาบาลผู้ดูแล ต้องมีความรู้และสมรรถนะในการดูแล ประเมินอาการ ให้การพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยอาการไข้สูงผู้ป่วย ไข้ไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 122 ราย มีจำนวน 49 ราย ที่อาการทรุดลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง และกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่ทรุดลง ได้รับการส่งไปรักษาต่อ ที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.ตระการพืชผล และโรงพยาบาลศูนย์ สรรพสิทธิประสงค์ และผลการเพาะเชื้อในภายหลังพบว่า ผู้ป่วย 32 ราย ติดเชื้อเกิดจากเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* นอกจากการติดเชื้อเมลิออย จะมีส่วนทำให้เกิดภาวะSeptic shock ในการติดเชื้ออื่นๆที่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือดผู้ป่วยมีแนวโน้มจะทำให้เกิดภาวะช็อก ได้ง่ายโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อพัฒนาการเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการประเมินอาการแสดงของภาวะติดเชื้อได้รวดเร็วถูกต้องเหมาะสม
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการนิเทศทางคลินิกในหอผู้ป่วย

เป้าหมาย

- 1.ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าข่ายภาวะติดเชื้อได้รับการประเมิน และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมปลอดภัย
- 2.พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง ให้การพยาบาลได้มาตรฐาน

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันภาวะSeptic shock ครั้งนี้ ศึกษาจากแนวทางการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระยะ รับใหม่ ระยะนอนรักษา และเตรียมจำหน่าย และการจำหน่ายเพื่อส่งต่อการดูแลที่ชุมชน ประกอบด้วย แนวคิดการประเมิน

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ(ต่อ)

ผู้ป่วย การพยาบาลในแต่ละรายโรคที่สำคัญตลอดจนการประเมินในการเตรียมจำหน่าย เพื่อสามารถส่งต่อกลับชุมชน โดยผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการดูแลตนเองต่อที่บ้าน

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นบริการพยาบาลดูแลตั้งแต่ระยะแรกรับใหม่ การให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในระหว่งนอนรักษา จนผู้ป่วยได้รับการรักษาสิ้นสุดลงโดยการจำหน่ายกลับบ้าน หรือส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยใน นอกจากใช้ ความรู้ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลทั่วไปแล้ว ยังต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพได้มาตรฐาน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดการเกิดภาวะช็อก

1. การประเมินสภาวะของผู้ป่วยทุกรายตามแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยบันทึกทุกเวลา และ รายงานแพทย์ตามระดับของภาวะผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการประเมินในการให้ยาสารน้ำ และการติดตามสัญญาณชีพที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดและมีการใช้ยาความเสี่ยงสูงทุกรายได้รับการประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบทุกเวลา และมีกำหนดระยะเวลาในการเปลี่ยนจุดให้ยาและสารน้ำที่ชัดเจนเข้าใจตรงกันในทีมวิชาชีพ
4. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยได้รับการอบรมเพิ่มสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วย ให้การพยาบาลที่เหมาะสมรวดเร็ว ถูกต้องในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะวิกฤติ
5. จัดทำรูปแบบการบันทึกและเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และติดตามกำกับ ทบทวนการประเมินผู้ป่วยทุกเวลา
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทุกรายได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและได้รับสารน้ำที่เพียงพอเหมาะสมโดยการติดตาม และบันทึกปริมาณสารน้ำที่ควรได้รับในแต่ละเวลา
7. จัดทำการทบทวนทุก 1 เดือนในการติดตามการได้รับยาและสารน้ำของผู้ป่วยตลอดจนการส่งเลือดเพาะเชื้อที่เหมาะสม เพื่อนำสู่การทบทวนในระดับองค์กรพยาบาลและองค์กรแพทย์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อลดการเกิดภาวะSeptic shock
2. จัดตั้งคณะทำงานในการจัดทำการพัฒนาแนวทาง
3. ประชุมวางแผนการพัฒนาแนวทางโดยใช้ข้อมูลผู้รับบริการที่มีปัญหาภาวะติดเชื้อและมีปัญหายากต่อการดูแลและใช้ทรัพยากรต้นทุนสูงในระหว่างรักษา

ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)

4. จัดทำรูปแบบแนวทางการการดูแลและการใช้แบบประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อ เสนอผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะและนำมาทดลองใช้ในหอผู้ป่วย

5. เสนอผู้บริหารและคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยในผลการใช้รูปแบบการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยที่ติดเชื้อตามตัวชี้วัดทุก 1 เดือนเพื่อปรับปรุงการดูแลและการจัดเก็บข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางการดูแลและคัดกรองประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะวิกฤติได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว เหมาะสมและได้รับการส่งรักษาต่อทันเวลา

4. ป้องกัน/ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด
5. มีกระบวนการทบทวนและ ประเมินผลตัวชี้วัดการดูแลภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เหมาะสมและรายงานคณะกรรมการทราบทุก 1เดือน

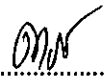
5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผลต่อโรงพยาบาลและผู้รับบริการ

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนดเหมาะสม ระยะเวลาวันนอนไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้ป่วยและญาติลดการสูญเสียรายได้จากการนอนรักษานาน
3. โรงพยาบาลลดต้นทุนและทรัพยากรในการดูแล

ผลต่อคุณภาพการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดย้อยละ 100
2. ผู้ป่วยที่เข้าข่ายภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา ร้อยละ 100
3. ผู้ป่วยที่ได้รับยาความเสี่ยงสูงขณะมีภาวะวิกฤติ มีอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอักเสบในระดับ 3 ไม่เกินร้อยละ 2

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอแนวความคิด

(นางสาวดารณี พาโบศรี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2567

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒. ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๘ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๒ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๘ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๓ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาเกี่ยวกับกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินโดยการเปรียบเทียบการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง ๒ รายในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดและหลักการมาประยุกต์ใช้ได้แก่ แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอน หลักการให้การพยาบาลตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอนและประยุกต์ใช้หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care) นำเอาทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาออกแบบวางแผนให้การพยาบาลและการส่งเสริมการดูแลตนเองตามปัญหาที่พบ และหลักการเขียนบันทึกทางการพยาบาลตามหลัก Focus Charting หรือการระบุตามปัญหาที่พบอย่างครอบคลุม

กระบวนการพยาบาล แนวคิดของกระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่มีขั้นตอนต่อเนื่องอย่างมีระบบ เป็นวิธีการของการแก้ปัญหาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ ทักษะ และการตัดสินใจของพยาบาลมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของความสนใจ มีเป้าหมายชัดเจน เป็นกระบวนการที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเป็นการวางแผนปฏิบัติการล่วงหน้า (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และ เอื้อมพร ทองกระจ่าง , ๒๕๔๓: ๕) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบ่งเป็น ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินผู้รับบริการ (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) (Carson, ๑๙๘๒) การประเมินผู้รับบริการ เป็นการแสวงหาและพิจารณาเกี่ยวกับข้อมูลของผู้รับบริการ การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นการตัดสินใจหรือการสรุปสภาพปัญหาและสาเหตุซึ่งได้จากการวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลการวางแผนการพยาบาล ใช้ในการแก้ปัญหาของผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพยาบาลที่กำหนด การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่เขียนขึ้นในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการ ส่วนการรักษาโรคเบาหวานมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญที่สุด คือ การทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและปราศจาก โรคแทรกซ้อนของเบาหวาน โดยที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยการป้องกันและลดการเกิดโรคแทรกซ้อนของเบาหวานสามารถกระทำได้โดยการลดและกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การเลือกรับประทานปริมาณอาหารที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงและมีปริมาณ ไขมันต่ำจะทำให้ระดับน้ำตาลและระดับไขมันในเลือดดีขึ้น ละเว้นการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติที่สุด

ผู้ศึกษาต้องมีการศึกษาหาความรู้ในเรื่องโรคเบาหวาน (diabetes mellitus : DM) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) และภาวะน้ำเกิน (volume overload) โดยได้ศึกษาทั้งตำราเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศในด้านความหมายของโรค สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ การรักษา การพยาบาลและการวางแผนการจำหน่ายหรือ

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การดูแลต่อเนื่อง แล้วนำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ต่อยอดนำมาเปรียบเทียบกับวางแผนออกแบบการให้การพยาบาลรวมทั้งวางแผนการรักษาและการจำหน่ายร่วมกันกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพให้เกิดความครอบคลุมได้มาตรฐานตามวิชาชีพส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย โดยมีการประเมินผู้ป่วยประเมินสิ่งแวดล้อมตามบริบทที่พบ แล้วให้การวางแผน การวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสมและมีการประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งการส่งต่อประสานงานการดูแลระหว่างแผนกหรือหน่วยงาน ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบกระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องปลอดภัยลดภาวะคุกคามต่อชีวิตหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นระหว่างรอคอยการรักษา ทั้งยังลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะคุกคามหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถนำความรู้สู่ทักษะและการรับรู้ที่ดีขึ้นจากการให้ความรู้ในการวางแผนการจำหน่าย ญาติมีความรู้และลดความวิตกกังวลเรื่องโรค เข้าใจแนวทางการรักษาและร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยได้ดีมากยิ่งขึ้น โดยพบว่าโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD)

จากโรคและภาวะแทรกซ้อนที่พบพยาบาลต้องมีความรู้ มีสมรรถนะ มีความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญจากประสบการณ์ของผู้ศึกษาและจากการศึกษาเพิ่มเติมนำมาสู่สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นในการประเมินผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน ทั้งในการพยาบาลในด้านการเฝ้าระวังโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายเบื้องต้นรวมทั้งการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและบอกเล่าอาการ อาการแสดงได้อย่างชัดเจน ครอบคลุมและถูกต้องมากขึ้น โดยอาศัยความรู้ความชำนาญในการประเมิน ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยและการให้การดูแล การประสานงานทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การวินิจฉัยจากแพทย์ และได้รับการรักษาที่รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ลดโอกาสเสี่ยงจากภาวะคุกคามชีวิตที่เกิดขึ้น รวมทั้งการบริการจัดการในการใช้ยาและการเฝ้าสังเกตอาการ จากความรู้ ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในฐานะการปฏิบัติงานหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาตาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ปัจจุบัน ซึ่งได้กำหนด วางแผน ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการค้นหาภาวะคุกคามหรือสัญญาณอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมการพยาบาลและแพทย์ทำให้เกิดการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยการวางแผนระบบบริการ การควบคุม กำกับ การตรวจสอบประสิทธิภาพ การบริหารการพยาบาล การประสานงาน การสอน การฝึกอบรม และให้คำปรึกษา แนะนำการจัดบริการการพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าถึงระบบบริการอย่างมีคุณภาพ เมื่อพบปัญหาจากการประเมินขณะปฏิบัติงาน แล้วตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อนมาก โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญงานสูงมากในด้านพยาบาลวิชาชีพการพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อออกแบบวางแผน จัดวางระบบการคัดกรองที่มีความฉับไวต่อสัญญาณอันตรายของผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีความถูกต้องแม่นยำในการจำแนกผู้ป่วย การคาดการณ์และวางแผนการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการอย่างมีคุณภาพและมีการเพิ่มประสิทธิภาพของบริการทางการพยาบาลร่วมด้วย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ปัจจุบันทั่วโลกและประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีทั้งยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมาด้วย เช่น เกลือแร่ไม่สมดุล ภาวะน้ำเกิน เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ถือเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตเนื่องจากการทำงานของไตจะลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นภาวะที่ไตมีการสูญเสียการทำงานอย่างถาวร เป็นภาวะไตสูญเสียหน้าที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานหรือมากกว่า ๓ เดือน ร่วมกับเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้การทำงานของไตสูญเสียเพิ่มขึ้นอย่างฉับพลันเป็นผลให้ไตไม่สามารถรักษาสมดุลสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) และขับของเสียออกจากร่างกายได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ไตไม่สามารถขับของเสีย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ในร่างกายออกได้ จึงจำเป็นต้องมีการบำบัดทดแทนไต สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานที่ไม่สามารถควบคุมได้ โรคดังกล่าวถ้าได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ในระยะยาวจะส่งผลทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังได้ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากยังมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากและเร็วขึ้น

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (คลินิกเบาหวาน) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาตาล รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลนาตาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลการดูแลของทีมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๑,๗๙๒ , ๑,๘๕๔ และ ๑,๙๑๖ คน ตามลำดับ เมื่อประเมินผู้ป่วยเบาหวานจากค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้จำนวน ๕๓๓, ๕๙๘ และ ๕๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๗๔ , ๓๒.๒๕ และ ๒๘.๙ ตามลำดับ มีผู้ป่วยหวานชนิดที่ ๒ ที่มีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (ESRD) จำนวน ๔๙ , ๘๖ และ ๑๑๓ คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ในจำนวนกลุ่มนี้มีปัญหาเรื่องภาวะน้ำเกินต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ๓๘ , ๕๖ และ ๗๕ คน ตามลำดับ เมื่อคิดเป็นจำนวนครั้งพบ ๙๘ , ๑๕๙ และ ๒๕๔ ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ปี ส่งผลต่อภาระงานทีมบุคลากร คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจต้นทุนการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

การได้รับการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ที่ครอบคลุมถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสะท้อนคุณภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย รวมถึงการให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการประเมินโดยการซักประวัติตรวจร่างกายก่อนการพบแพทย์ รวมทั้งการค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต แล้วเร่งรีบให้การดูแลและวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การให้การพยาบาลในการดูแล และมีการประเมินผล สู่การประสานงาน วางวางแผนการจำหน่าย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง การพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ของโอเร็ม(Orem) เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกรดูแลตนเองซึ่งโอเร็มเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะเรียนรู้ วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ในกรณีที่บุคคลดูแลตนเองไม่ได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น พยาบาลวิชาชีพซึ่งอาศัยหลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care) มาประยุกต์สอดคล้องให้เป็นแนวทางร่วมด้วย โดยในการพยาบาลดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว รวมถึงติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทำให้สามารถทราบถึงปัญหาและให้การพยาบาลที่ถูกต้องตรงกับปัญหาของผู้ป่วยและตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรค การรักษา ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน กรณีศึกษา ๒ ราย โรงพยาบาลนาตาล

๒. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน กรณีศึกษา ๒ ราย โรงพยาบาลนาตาล

เป้าหมายของงาน

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน มีความปลอดภัยลดอุบัติการณ์เสียชีวิตรวมทั้งสามารถแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตลดลงได้

๒. ทีมงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงาน : เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ โรงพยาบาลนาตาล โดยศึกษาค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้ทางวิชาการโรคเบาหวาน รวมทั้งประยุกต์ใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน และประยุกต์ใช้หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care) เครื่องมือได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ เวชระเบียน

๑. เลือกเรื่องที่สนใจเป็นประเด็นที่มีโอกาสพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยผู้ป่วยที่พบได้บ่อยมีโรคร่วมและมีภาวะคุกคามชีวิตอย่างน้อย ๑ อย่าง และมารับการรักษาแล้วผู้ป่วยได้นอนโรงพยาบาล

๒. ศึกษาค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้ทางวิชาการ รวบรวมเอกสารวิชาการ ศึกษาความหมายโรค สาเหตุ พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล เรื่องโรคเบาหวาน (diabetes mellitus : DM) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) และภาวะน้ำเกิน (volume overload)

๓. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลผู้ป่วยนอก จากตำราและเอกสารทางวิชาการ ทางอินเทอร์เน็ตทั้งในและต่างประเทศ ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อเป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะราย

๔. เลือกและศึกษาข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย กรณีที่ ๑ HN : ๕๗๕๕ , AN : ๖๖๐๐๐๐๘๘ กรณีที่ ๒ HN : ๑๔๓๑๓ , AN : ๖๖๐๐๒๘๗๘ แล้วดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญ ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว การตรวจร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการศึกษา นำมาวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care) ตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนถึงวันจำหน่ายออกจากกการดูแลให้การพยาบาล

๕. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันที่ พร้อมทั้งปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

๖. บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน

๗. ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียนสรุป ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่กำหนด

๘. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาพัฒนาในครั้งต่อไป

๙. ตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจทานเอกสารแล้วจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

๑๐. จัดทำเอกสารประกอบการนำเสนอเพื่อการเผยแพร่ พิมพ์ ตรวจสอบความถูกต้อง และเผยแพร่ผลงานโดยเสนอผลงานในการประชุมในหน่วยงานและภายนอกหน่วยงาน

สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน

กรณีศึกษารายที่ ๑ ชายไทย อายุ ๖๒ ปี เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ ๘ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๒ เดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ มาด้วยอาการเหนื่อย คอแห้ง นอนราบไม่ได้ บวมที่หน้าและขา สองข้าง ๒ วันก่อนมา ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มา ๑ ปี ๖ เดือน ปฏิเสธการรักษาด้วยการฟอกเลือดไต มีพฤติกรรมชอบดื่มน้ำสมุนไพรเพื่อลดน้ำตาล รักษาด้วยยาฉีด NPH ๔ unit subcutaneous เข้าวันละครั้ง ร่วมกับยาชนิดรับประทาน แรกได้รับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง บ่นเหนื่อย คอแห้ง นอนลงแล้วเหนื่อยนอนศีรษะสูง บวมที่หน้าและขาสองข้าง อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส อัตราเต้นหัวใจ ๙๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๔๕/๙๕ มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายพบ N/S : E&V&M๖ Pitting , Eye : mild pale conjunctiva ฟัง Lung : Crepitation both lung , No retraction no cyanosis , Heart : No murmur Abdomen : soft not tender Extremity : Pitting edema ๒+ Both Leg น้ำหนัก ๖๔ กิโลกรัม O๒ Saturation = ๙๖ % RA พยาบาลประเมินโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายแล้ววินิจฉัยการพยาบาลว่ามีภาวะน้ำเกินในร่างกาย จึงรีบรายงานแพทย์เวร เมื่อแพทย์เวรมาตรวจเยี่ยมประเมินดูอาการและวินิจฉัย ให้นอน Admitted โดยส่งตรวจ lab พบ CBC : Hct ๒๖ % Hb ๘.๔ g/dl WBC= ๘๒๐๐ cell/cu.mm PMN = ๖๖ % RBC= ๓.๖๑ cell/cu.mm UA : WBC ๑-๒ /HPF , FBS ๓๑๐ mg% ,BUN ๔๓.๘ mg/dl , Creatinine ๔.๗๗ mg/dl , eGFR ๑๒.๑๕ % , Electrolyte : Na ๑๓๖.๕ mmol/L K ๔.๗๖ mmol/L Chloride ๑๐๗ mmol/L CO๒ ๒๑.๒ mmol/L สั่งตรวจ Chest X-Ray : No infiltration Both Lung , No Pleural Effusion ฟังปอด Crepitation Both Lung EKG : Normal sinus rhythm rate ๙๖ bpm การรักษาเบื้องต้น On HL ส่งตรวจ Trop-T stat = ๓๔ ng/L ให้ยา RI ๘ unit subcutaneous stat แล้วเจาะ DTX ๑ ชั่วโมง หลังให้ RI = ๒๒๘ mg% ฉีดยา Furosemide ๒๕๐ mg IV stat then ๑ gm vein drip in ๒๔ hr. แล้วใส่สายสวนปัสสาวะ Retained foley's cath เบอร์ ๑๖ นำปัสสาวะสีเหลืองใส ออก ๖๐ cc Order DTX premeal + h.s. keep ๘๐ -๒๐๐ mg% ส่ง Electrolyte tomorrow ติดตามสังเกตการหายใจ/อัตราการหายใจ Keep O๒ sat > ๙๕% วินิจฉัยเบื้องต้น : DM type II with Hyperglycemia with HT with ESRD with Volume overload ขณะนอนได้รับการรักษาด้วย นอนยก ศีรษะสูง ๓๐ องศา การจำกัดน้ำ Restrict fluid < ๘๐๐ ml/day , Low salt diet+DM diet , Record V/S I/O , NPH ๔ u sc h.s. , Atenolol (๕๐) ½ x๑ oral p.c. , Folic ๕mg ๑x๑ oral O.D. , Sodamint ๓๐๐ mg ๑x๒ oral pc , Simvas ๒๐mg ๒ x h.s. , FF ๒๐๐ mg ๑x๒ oral p.c. , Hydralazine ๒๕ mg ๑x๒ oral p.c. , Lasix (๔๐) mg ๑x๑ oral p.c จากการติดตาม การวางแผนการให้การพยาบาล และการประเมินติดตาม ระหว่างการนอนในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมทั้งการแก้ไขภาวะน้ำเกินและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานโดยไม่มีภาวะหายใจล้มเหลวหรือภาวะปอดอักเสบ พยาบาลวิชาชีพได้มีการเฝ้าระวังอาการคุกคามชีวิตและเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องใกล้ชิด รวมทั้งมีการให้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาขับปัสสาวะพยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ ความสามารถสมรรถนะทักษะการดูแลที่มีความเชี่ยวชาญและมีการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ ทีมเภสัช รวมทั้งการชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ อาการแสดง ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเองการปฏิบัติตน และแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดการรับรู้และเข้าใจระหว่างมารับการดูแลรักษา และความความวิตกกังวลร่วมด้วย ผลการรักษาและการพยาบาลหลังให้การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำเกิน อาการดีขึ้น นอนโรงพยาบาล ๔ วันจำหน่ายกลับบ้านโดยได้ยาไปรับประทานและ

สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ฉีดยา NPH ๔ unit เข้าวันละครึ่ง ผลติดตามอาการหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจรักษาด้วยการฟอกเลือดโดยได้รับการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ต่อไป

กรณีศึกษารายที่ ๒ ชายไทย อายุ ๕๗ ปี เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ ๑๘ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๓ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ มาด้วยอาการเหนื่อย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ บวมที่ขาทั้งสองข้าง ๖ ชั่วโมงก่อนมา ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมา ๒ ปี ปฏิเสธการรักษาด้วยการฟอกเลือดไต รักษาด้วยยาฉีด NPH ๒๐-๐-๑๘ unit subcutaneous ร่วมกับยาชนิดรับประทาน แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง บ่นเหนื่อย หายใจลำบาก มีหายใจหอบนอนราบไม่ได้ นอนลงแล้วเหนื่อยนอนอนศีรษะสูง บวมที่ขาทั้งสองข้าง อุณหภูมิร่างกาย ๓๗.๑ องศาเซลเซียส อัตราเต้นหัวใจ ๑๐๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๓๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๘๒/๑๐๖ มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตซ้ำได้ ๑๘๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ตรวจร่างกายพบ N/S : E&V&M๖ Pitting , Eye : mild pale conjunctiva ฟัง Lung : Creptitation both lung , Chest Retraction peripheral cyanosis , Heart : No murmur Abdomen : soft not tender Extremity : Pitting edema ๒+ Both Leg น้ำหนัก ๖๘ กิโลกรัม O๒ Saturation = ๙๔ % RA พยาบาลได้ทำการประเมินโดยการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้นแล้ววินิจฉัยการพยาบาลว่ามีภาวะน้ำเกินในร่างกายร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลันและมีภาวะหายใจหอบ จึงรีบประสานงานเคลื่อนย้ายโดยเปลนอนและส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่องที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งข้อมูลโดยรายงานแพทย์เวร เมื่อแพทย์เวรตรวจเยี่ยมประเมินดูอาการและวินิจฉัย DM type II with Hyperglycemia with HT with ESRD with Volume overload with R/O Pneumonia ให้นอน Admitted โดยส่งตรวจ lab คำนวณพร้อมตรวจ Chest X-Ray : No infiltration Both Lung , Seen Pleural Effusion minimal at Left Lower Lung ฟังปอด Creptitation Both Lung , EKG : Normal sinus rhythm rate ๑๐๘ bpm พบ CBC : Hct ๒๓ % Hb ๗.๔ g/dl WBC= ๕๔๐๐ cell/cu.mm PMN = ๖๖ % RBC= ๒.๖๙ cell/cu.mm UA : WBC ๒-๔ /HPF , FBS ๒๕๙ mg% ,BUN ๕๓.๔ mg/dl , Creatinine ๕.๖ mg/dl , eGFR ๙.๖๐ % , Electrolyte : Na ๑๓๕ mmol/L K ๖.๑๒ mmol/L Chloride ๑๑๐ mmol/L CO๒ ๒๐.๒ mmol/L , HbA๑C ๙.๑ สั่งการรักษาเบื้องต้น On HL ส่งตรวจ Trop-T stat = ๓๙ ng/L ให้อา RI ๔ unit subcutaneous stat แล้วเจาะ DTX ๑ ชั่วโมง หลังให้ RI = ๒๒๘ mg% ฉีดยา Furosemide ๒๕๐ mg IV stat then ๔๐ mg ทุก ๘ h.r. แล้วใส่สายสวนปัสสาวะ Retained foley's cath เบอร์ ๑๖ น้ำปัสสาวะสีเหลืองใส ออก ๘๐ cc Order DTX premeal + h.s. keep ๘๐ -๒๐๐ mg% ส่ง Electrolyte tomorrow , On Oxygen mask with bag ๑๒ Lit/min ติดตามสังเกตการหายใจ/อัตราการหายใจ ทุกๆ ๑๕ นาที Keep O๒ sat ≥ ๙๕% หลังให้อาขับปัสสาวะและได้ Oxygen ๑ h.r. มีอาการดีขึ้น เหนื่อย หายใจหอบลดลง อัตราการหายใจ ๒๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท นอนได้ ปัสสาวะออกเพิ่ม ๔๐๐ cc รักษาภาวะโพแทสเซียมสูงด้วย RI ๑๐ u + ๕๐ % glucose ๕๐ ml iv slowly push , ๑๐ % calcium gluconate ๑๐ ml iv slowly push , DTX ๑ hr หลังให้ RI = ๑๗๙ mg% , Hydralazine (๒๕) ๒ tab oral stat , Kalimite ๓๐ gm+น้ำ ๓๐ ml oral ทุก ๓ h.r. x ๓ dose หลังให้เจาะประเมินซ้ำ K = ๔.๓๒ สามารถเคลื่อนย้ายเข้า ICU และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน วินิจฉัยครั้งสุดท้าย : DM type II with Hyperglycemia with Hypertension Emergency with ESRD with Volume overload with Hyperkalemia ขณะนอนได้รับการรักษาด้วย นอน ยกศีรษะสูง ๓๐ องศา การจำกัดน้ำ Restrict fluid ≤ ๘๐๐ ml/day , Low salt diet+DM diet , Record V/S I/O , ได้ให้เลือด PRC Gr.A ๑ Unit ส่ง Repeat CBC พบ CBC : Hct ๒๘ % Hb ๙.๘ g/dl WBC= ๘๗๐๐ cell/cu.mm PMN = ๘๐ % RBC= ๔.๑๒ cell/cu.mm ได้ยาฉีด Furosemide ๔๐ mg IV ทุก ๑๒ h.r. , NPH ๒๒-๐-๑๘ u sc . , Atenolol (๕๐) ½ x๑ oral p.c. , Folic ๕mg ๑x๑ oral O.D.

สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

Sodamint ๓๐๐ mg ๑x๒ oral pc , Simvas ๒๐mg ๒ x h.s. , FF ๒๐๐ mg ๑x๒ oral p.c. , Hydralazine ๒๕ mg ๑x๒ oral p.c. , Lasix (๔๐) mg ๑x๑ oral p.c จากการติดตาม การวางแผนการให้การพยาบาล และการประเมินติดตามระหว่างการนอนในโรงพยาบาล พบผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยได้วยเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมทั้งการแก้ไขภาวะน้ำเกินและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวทางมาตรฐาน โดยมีอัตราการหายใจดีขึ้น ปัสสาวะออกดี อาการบวมลดลง ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลวหรือภาวะปอดอักเสบ พยาบาลวิชาชีพได้มีการเฝ้าระวังอาการคุกคามชีวิต เฝ้าติดตามประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องใกล้ชิด รวมทั้งมีการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อลดโพแทสเซียม ยาฉีดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาขับปัสสาวะ พยาบาลต้องใช้อำนาจความรู้ ความสามารถสมรรถนะทักษะการดูแลที่มีความเชี่ยวชาญขั้นสูงในการดูแล และมีการประสานงานระหว่างทีมแพทย์ ทีมเภสัช ทีมนักเทคนิคการแพทย์รวมทั้งการชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงอาการ อาการแสดง ความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง การปฏิบัติตน และแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่องมีการให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวให้เกิดการรับรู้และเข้าใจระหว่างมารับการดูแลรักษา และความความวิตกกังวลร่วมด้วย ผลการรักษาและการพยาบาลหลังให้การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดสูง รักษาอาการซีด รักษาภาวะความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน และรักษาภาวะน้ำเกินในร่างกายจนอาการทุเลา อาการดีขึ้น นอนโรงพยาบาล ๕ วันจำหน่ายโดยการส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ด้วยการฟอกเลือดไต โดยเดินทางไปเองตามวันนัดจากการประสานการส่งต่อให้ และมียาไปรับประทานและฉีดยา Simvastatin ๒๐mg ๑x h.s. oral , Amlodipine ๑๐ mg ๑x๑ oral O.D. , NPH ๒๒-๐-๑๘ unit subcutaneous , Sodamint ๓๐๐ mg ๑x๓ oral p.c. , CaCO₃ ๑๒๕๐ mg ๑ x๒ oral p.c. , FF ๒๐๐ mg ๑x๓ oral p.c. , Lasix ๕๐๐ mg ๑/๒x๑ oral p,c , Folic ๕ mg ๑x๑ oral p,c, ผลติดตามอาการหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจรักษาด้วยการฟอกเลือดโดยได้รับการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ต่อไป

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้ง ๕ ระยะ ของทั้ง ๒ รายกรณีศึกษา ดังตารางดังต่อไปนี้

ระยะการพยาบาล	วินิจัยการพยาบาล รายที่ ๑	วินิจัยการพยาบาล รายที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะก่อนตรวจรักษา	๑. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหน้าที่	๑. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหน้าที่ ๒. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ๓. เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง	ปัญหานำมาซึ่งนำมาโรงพยาบาลเหมือนกัน ในระยะนี้รายกรณีที่ ๒ มีอาการและอาการแสดงมากกว่า พยาบาลต้องประเมินให้ครอบคลุม
ระยะการตรวจรักษา	๒. มีภาวะ Hyperglycemia เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ๓. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย	๔. มีภาวะ Hyperglycemia เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ๕. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง	ระยะนี้ การตรวจรักษา มีการประเมินทั้งร่างกาย จิตใจและต้องส่งตรวจเพิ่มเติม ค้นหาความเสี่ยงหรือภาวะคุกคามที่จะเกิดกับผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว รายกรณีที่

สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาลทั้ง ๕ ระยะ ของทั้ง ๒ รายกรณีศึกษา ดังตารางดังต่อไปนี้ (ต่อ)

ระยะการพยาบาล	วินิจฉัยการพยาบาล รายที่ ๑	วินิจฉัยการพยาบาล รายที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ระยะการตรวจรักษา (ต่อ)	เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ๔. มีภาวะซีด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ระยะที่ ๕)	๖. มีภาวะซีดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคไตไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย(ระยะที่ ๕) ๗. เสี่ยงต่อภาวะเส้นเลือดในสมองแตกเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ๘. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากมีภาวะ Hyperkalemia	๒ มีปัญหามากกว่ารายกรณีที่ ๑ ระยะนี้เน้นประสานส่งต่อไปหน่วยงานที่เข้าสูการรักษที่เหมะสมกับโรคและอาการ --> ER
ระยะหลังการตรวจรักษา	๕. เสี่ยงต่อภาวะ Hyper-Hypoglycemia เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค	๙. เสี่ยงต่อภาวะ Hyper-Hypoglycemia เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค	เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน/ คุกคามต่อชีวิต
ระยะต่อเนื่อง	๖. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหน้าที่	๑๐. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากไตเสียหน้าที่ ๑๑. มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดบวมน้ำ ไตไม่สามารรถขับน้ำออกได้	ต้องมีการดูแลที่ต่อเนื่องครอบคลุมปัญหา โดยเน้นการประเมินจัดการภาวะน้ำเกินทั้ง ๒ ราย ส่วนรายที่ ๒ เพิ่มการดูแลระบบทางเดินหายใจ
ระยะจำหน่าย	๗. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฟอกเลือด ๘. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน	๑๒. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการฟอกเลือด ๑๓. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่บ้าน	ระยะจำหน่ายเน้นการวางแผนการจำหน่ายตามหลักการ DMETHORD ครอบคลุมปัญหา ทั้งผู้ป่วยและญาติ

ในรายกรณีศึกษาที่ ๒ มีอาการ อาการแสดงที่รุนแรงและมีภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือมีภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งมีปัญหามากกว่ารายกรณีที่ ๑ ทำให้ต้องดูแลใกล้ชิดในการเฝ้าระวังและให้การพยาบาล เมื่อทั้ง ๒ รายเข้ารับดูแลรักษาและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมตามมาตรฐานและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบกับผู้ป่วยแล้วดำเนินการแก้ไขจนเกิดความปลอดภัยไม่มีอุบัติการณ์รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต

สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

สรุปและวิจารณ์ได้ว่าจากกรณีศึกษา พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ที่สัมผัสผู้ป่วยเป็นคนแรก หากทำการประเมินโดยการซักประวัติคัดกรองได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง รวมทั้งเทคนิคการซักประวัติและการค้นหาภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งภาวะคุกคามชีวิตได้นำมาสู่การเข้ารับการรักษาได้อย่างทันเวลาที่ ลดความรุนแรงต่อ

การเกิดอันตรายต่อชีวิต ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมด้วย การคัดกรองและการค้นหาภาวะแทรกซ้อนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง การพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างมีแนวทางที่ชัดเจนตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการแก้ไขปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการให้การพยาบาลและทักษะการสื่อสารที่ดี รวมทั้งการนำความรู้ความสามารถมาพัฒนาต่อยอดให้เป็นประสบการณ์สู่ความเชี่ยวชาญและนำมาให้บริการผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้นต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ :

๑. อัตราการกลับมารักษาซ้ำ (Re-Admit) ของผู้ป่วยเบาหวานลดลง ในโรงพยาบาลนาตาลลดลง จาก ร้อยละ ๖.๕ เป็นร้อยละ ๑.๕
๒. อัตราการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน (Hyper-Hypoglycemia) ของผู้ป่วยเบาหวานลดลง จาก ร้อยละ ๕.๘ ลดลงเป็นร้อยละ ๑.๒๔
๓. อุบัติการณ์เสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายลดลงได้ จาก ๕ ราย เป็น ๑ ราย
๔. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีสมรรถนะที่เหมาะสมโดยมีอัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมทั้งการแก้ไขภาวะน้ำเกิน เพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ ๘๕.๕ เป็นร้อยละ ๑๐๐
๕. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีความรู้ในหลักการ แนวคิดและทฤษฎีตามแนวทางการดูแล การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมทั้งการแก้ไขภาวะน้ำเกิน เพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ ๘๑.๕ เป็นร้อยละ ๙๘.๒๕

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ :

๑. พยาบาลมีความรู้ มีทักษะความสามารถในการประเมินคัดกรอง การให้การดูแลรักษาและรักษาการพยาบาลได้ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์และรวดเร็วยิ่งขึ้น
๒. พยาบาลมีการประสานงานมีการส่งต่อส่งมอบผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมได้ยิ่งขึ้น
๓. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมทั้งการแก้ไขภาวะน้ำเกินและได้รับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวทางมาตรฐาน สอดคล้องกับแนวทางมาตรฐานรวมทั้งยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
๔. ทีมงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินอย่างมีประสิทธิภาพ

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ : (ต่อ)

๕. ผู้ป่วยได้เข้าสู่ช่องทางการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลต่อการได้รับการดูแล การพยาบาล การรักษาที่รวดเร็วมากขึ้น
๖. ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยไม่มีอุบัติการณ์รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งภาวะคุกคามชีวิตได้จะนำมาสู่การเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ลดความรุนแรงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมด้วย การคัดกรองและการค้นหาภาวะแทรกซ้อนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง การพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างมีแนวทางที่ชัดเจนตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการแก้ไขปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้
๗. ประชาชนเข้าใจสถานะของโรคและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงสถานะของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
๘. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถ้ากลับเป็นซ้ำอีก
๙. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้นและทราบถึงการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
๑๐. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากเข้าใจการปฏิบัติตัว
๑๑. ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยได้รับการฟอกเลือดที่ไตทำให้ไม่มีน้ำเกินและลดการคั่งของของเสียในร่างกายลดลง
๑๒. ได้ศึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรค การรักษา ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน ของโรงพยาบาลนาคา นามาซึ่งเป็นแนวทางในการศึกษาของกรณีและโรคอื่น ๆ ต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษาค้นคว้าได้นำไปใช้ประโยชน์และเกิดผลกระทบ คือ

๑. ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมทั้งการแก้ไขภาวะน้ำเกิน

๒. ใช้เป็นตัวอย่างกรณีศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายรวมทั้งการแก้ไขภาวะน้ำเกิน

๓. จัดทำเป็นเอกสารการเรียนรู้ในเรื่องโรค พยาธิสภาพของโรค การรักษา ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำมาสู่การพยาบาลและการปฏิบัติหน้าที่กับผู้ป่วย

๔. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่

๕. จำทำเป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเฉียบพลัน แนวทางการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินร่วมด้วย

๖. ใช้เป็นแนวทางมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินโดยการซักประวัติคัดกรองได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง รวมทั้งเทคนิคการซักประวัติและการค้นหาภาวะแทรกซ้อนรวมทั้ง

๖. นำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

ภาวะคุกคามชีวิตได้นำมาสู่การเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที ช่วยลดความรุนแรงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต ช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยร่วมด้วย

๗. เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและการค้นหาภาวะแทรกซ้อนช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง การพยาบาลที่ครอบคลุมอย่างมีแนวทางที่ชัดเจนตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย ยึดผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการแก้ไขปัญหา

๘. นำมาเป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้มากยิ่งขึ้น

๙. รวมทั้งเป็นแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความรู้และทักษะที่ถูกต้อง ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการให้การพยาบาล และทักษะการสื่อสารที่ดี รวมทั้งการนำความรู้ความสามารถมาพัฒนาต่อยอดให้เป็นประสบการณ์สู่ความเชี่ยวชาญและนำมาให้บริการผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้นต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ด้วยพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน ของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายมีความซับซ้อนและมีโรคร่วม มีการใช้ทั้งยาชนิดรับประทานและยาฉีด รวมทั้งการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหรือคุกคามชีวิตจากภาวะน้ำเกินทำให้ผู้ป่วยอาการหอบนอนราบไม่ได้ ดังนั้นกระบวนการพยาบาล จึงมีความยุ่งยากและซับซ้อนต้องเรียงลำดับปัญหาให้ชัดเจนและเรียงลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับโรคและภาวะคุกคามชีวิตที่พบกับผู้ป่วย ดังนั้นการเรียงลำดับปัญหาจึงมีความสำคัญจำเป็นเพื่อนำมาออกแบบวางแผนร่วมกันในการวางแผนการดูแลรักษา การพยาบาลร่วมกับทีมรวมทั้งทีมสหวิชาชีพ

๒. ผู้ป่วยและญาติเครียดและมีความวิตกกังวลมากในเรื่องโรคและการเจ็บป่วย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกินในครั้งนี้

๓. จากการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีการให้บริการทั้งผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป และคลินิกเฉพาะโรคเฉพาะทางคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ด้วยข้อจำกัดด้านสถานที่และทีมบุคลากรทำให้มีการคัดกรองได้ไม่ครอบคลุมทั้งหมด แต่ทีมการพยาบาลได้ออกแบบการคัดกรองไว้ด้านหน้าสุดและมีการประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนและสอบถามอาการและภาวะแทรกซ้อนเป็นระยะ โดยผู้ที่มีอาการหนักหรือมีภาวะแทรกซ้อนจะได้รับการประเมินคัดกรองและคัดกรองซ้ำ ส่วนการคัดกรองด้านหน้าก่อนทำบัตรไม่มีการคัดกรองมาก่อนทำให้ผู้ป่วยได้ถูกส่งมารับการรักษาและรอคอยที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทั้ง ๒ ราย แต่ด้วยอาการ อาการแสดงที่ชัดเจนจึงทำให้เข้าสู่การประเมินคัดกรองที่รวดเร็วมากขึ้น ไม่มีการรอคอย เมื่อพบหลังประเมินจึงเข้าสู่การรักษาและทำการประสานการส่งต่อทัน ดังนั้นจึงมีการปรับปรุงเพิ่มการประเมินการคัดกรองด้านหน้าขึ้นก่อนการทำบัตรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพคุณภาพการดูแลที่มากขึ้น

๔. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกินเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีความสำคัญมาก หากเข้ารับบริการหรือมารับการรักษาล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวหรือเกิดการเสียชีวิตลงได้ จากการทบทวนพบอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของการเกิดในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ดังนั้นการให้ความรู้ การส่งเสริมการดูแลตนเองในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในการป้องกันการเกิดโรคไตวายเรื้อรังจึงมีความสำคัญและจำเป็นเป็นอย่างมาก แต่ด้วยความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรม วัฒนธรรมของบริบทพื้นที่อำเภอนาตาลประชาชนยังไม่มีความรู้ และไม่เข้าใจรวมทั้งมีความเชื่อในการดื่มยาสมุนไพร หรือซื้อยามารับประทานเองซึ่งเป็นยากลุ่มสเตียรอยด์จึงทำให้เกิด

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

โรคไตเรื้อรังมากขึ้น การให้ความรู้ การส่งเสริมความเข้าใจสำหรับเจ้าหน้าที่ไม่ยากแต่ประชาชนไม่ปฏิบัติตามจึงมีความยุ่งยากส่วนนี้มากกว่า

๕. การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ รับรู้ว่าการฟอกเลือดไตจะทำให้เหนื่อยง่ายและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตเร็วขึ้นผู้ป่วยและญาติจึงปฏิเสธการรักษาด้วยการฟอกเลือดไต ทำให้ของเสียในร่างกายคั่งและไตทำงานหนักมากยิ่งขึ้นส่งผลต่อการลดลงของการกรองไต ดังนั้นการเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติจึงมีความยุ่งยากมากขึ้น แต่ในครั้งนี้มีภาวะแทรกซ้อนและภาวะคุกคามชีวิตทำให้ผู้ป่วยและญาติเปลี่ยนมุมมองและรับรู้เข้าใจมากขึ้น พยาบาลจึงต้องคอยส่งเสริมความรู้ คอยส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องเชื่อมโยงกับโรค อาการและการรักษาเพื่อการประกอบการตัดสินใจให้เกิดการยอมรับการฟอกเลือดไต รวมทั้งต้องเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ พยาบาลต้องใช้ศาสตร์และศิลป์ในการการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ แพทย์และเจ้าหน้าที่

๖. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อด้วยการฟอกเลือดไตด้วยเครื่องฟอกเลือดไตเทียม ต้องมีการประสานงานสื่อสารการส่งต่อและการลงบันทึกข้อมูลการส่งต่ออีกทั้งยังต้องระบบการตอบกลับการนัดวันนัดเพื่อไปพบแพทย์ในโปรแกรม Smart Refer เมื่อได้วันนัดต้องประสานแจ้งผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งติดต่อทีมการพยาบาลชุมชนเพื่อนำบัตรนัดและเอกสารส่งต่อไปมอบให้ที่บ้านในชุมชนด้วย

๗. การศึกษาครั้งนี้ต้องมีการค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้ทางวิชาการโรคเบาหวาน รวมทั้งประยุกต์ใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพของกอร์ดอน ปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน และประยุกต์ใช้ใช้หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ(๗ Aspect of care) เครื่องมือได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ เวชระเบียน ต้องศึกษาค้นคว้า ทบทวน วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้ทางวิชาการ รวบรวมเอกสารวิชาการ ศึกษาความหมายโรค สาเหตุ พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การพยาบาล โรคเบาหวาน (diabetes mellitus : DM) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) และภาวะน้ำเกิน (volume overload) รวมทั้งต้องศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลผู้ป่วย นอก จากตำราและเอกสารทางวิชาการ ทางอินเทอร์เน็ตทั้งในและต่างประเทศ ปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อเป็นแนวทางกรณีศึกษาเฉพาะรายแล้วดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย อาการสำคัญ ชัก ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว การตรวจร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและการศึกษา นำมาวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลและหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ(๗ Aspect of care) ตั้งแต่แรกรับไว้ในความดูแลจนถึงวันจำหน่ายออกจากการดูแล ให้การพยาบาล มีการวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ พร้อมปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล และผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียน ประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลและผลการรักษาพยาบาลในเวชระเบียนสรุป ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่กำหนด แล้วนำมาสรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาพัฒนาในครั้งต่อไป จึงเห็นถึงความยุ่งยากและความพยายาลในการศึกษาสู่การนำมาปรับให้ให้เกิดคู่มือมาตรฐานแนวทางการพยาบาลต่อไป

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทั้ง ๒ รายนี้ พบว่าลักษณะที่แสดงถึงความยุ่งยากของการพยาบาลรายนี้คือการ ประเมิน การออกแบบ และการวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจึงมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสาเหตุที่พบผู้ป่วยและถ้าได้รับการรักษา การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นทุกสหวิชาชีพจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับทุกระยะของการดูแลรักษาตั้งแต่ การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การประเมินผู้ป่วยอาการขั้นต้นโดยการซักประวัติตรวจร่างกาย การวางแผน การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลการพยาบาลในระยะเริ่มแรก การให้การพยาบาล การรายงานแพทย์และประสานงานผู้เกี่ยวข้อง การเก็บสิ่งส่งตรวจ ให้การพยาบาลในระยะวิกฤตการให้ยาตามแผนการรักษา ตลอดจน การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่ต่างๆ อย่างเหมาะสม จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่ากรณีศึกษาโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน เป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเนื่องจากต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและภาวะวิกฤตได้เร็วขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษาโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีภาวะน้ำเกิน ในครั้งนี้พบปัญหาคือยังไม่พบการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อนในหน่วยงาน จึงยังไม่มีคู่มือเอกสารที่เป็นรูปแบบแนวทางตัวอย่างที่ชัดเจน จึงได้ทำการสืบค้นในระบบสารสนเทศทางอินเทอร์เน็ตแต่ก็พบน้อยจึงได้ประยุกต์จากตำราคู่มือความรู้ทางด้านวิชาการพยาบาล แนวคิดทฤษฎีแล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย แล้วออกแบบสร้างเป็นมาตรฐานแนวทางการพยาบาลในครั้งนี้ ส่วนปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยในด้านการรักษา การส่งต่อคือผู้ป่วยและญาติทั้ง ๒ ราย มีเศรษฐกิจหรือมีรายได้น้อยจึงมีผลต่อการประกอบการตัดสินใจในการรักษาด้วยการฟอกเลือดไตร่วมด้วย จึงได้ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการส่งต่อในแต่ละครั้งร่วมด้วย

๙. ข้อเสนอแนะ ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

๑. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย สิ่งสำคัญ คือทีมผู้ดูแลต้องมีความรู้ความสามารถ มีจิตบริการ มีความตั้งใจ ในการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแล การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสาน งานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลและการติดตามประเมินผล ในการดูแลแบบองค์รวม

๒. ควรนำหลักการการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์การมาประยุกต์ปรับใช้ร่วมด้วย

๓. ควรพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เป็นระบบมากขึ้นโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมด้วย

๔. ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟู ความรู้ เพิ่มทักษะของบุคลากรเกี่ยวข้องในการดูแล การพยาบาล การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

๕. ควรมีการจัดประชุมชี้แจง แนวทางการปฏิบัติในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

๖. มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเพื่อใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

กรณีศึกษานี้มีการเผยแพร่และนำเสนอผลงานวิชาการแบบวาจา (Oral Presentation) ในเวทีการประชุมการนำเสนอผลความก้าวหน้าวิชาชีพพยาบาล ตามโครงการประชุมวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANF รุ่นที่ ๓ ประจำปี ๒๕๖๖” จัดโดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ในวันที่ ๒๔ เดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสาวนันท์นภัส ปิติโชคโกคินทร์ สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
 ๒) สัดส่วนของผลงาน
 ๓) สัดส่วนของผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวนันท์นภัส ปิติโชคโกคินทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางสาวนันท์นภัส ปิติโชคโกคินทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางพัชรี อมรสิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีการรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ “เมนูบ้านเสกกินข้าวเล้าเรื่องหวาน” ต่อ
พฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาตาล

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย สาเหตุที่โรคเบาหวานมีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องส่วนหนึ่งมาจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้การออกกำลังกายลดลงและเกิดภาวะอ้วน จากรายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี ค.ศ. ๒๐๑๔ มี จำนวน ๓๘๗ ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มสูงถึง ๕๙๒ ล้านคนในปี ค.ศ. ๒๐๕๒ นอกจากจะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมลง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานแบ่งออกเป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลัน การเกิดภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำในเลือด ซึ่งจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา อาจต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เป้าหมายสำคัญสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสมถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ เนื่องจากปัจจัยสำคัญ ๓ ด้าน คือ ๑) ระบบการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับการดูแลอย่างไม่ทั่วถึง ๒) ขาดแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมและต่อเนื่องในการควบคุมอาหาร ๓) ปัญหาจากตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ วัยระดับความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ความเชื่อและค่านิยมในการดูแลตนเองและเนื่องจากบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลล้วนมีผลต่อการควบคุมโรคทั้งสิ้น เช่นในสังคมไทยนิยมรับประทานอาหารสำหรับเดียวกันทั้งบ้าน ไม่ได้แยกอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารตามปกติซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้น้อยลงหรือมีระดับน้ำตาลที่สูงขึ้น พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานควรปฏิบัติพฤติกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ทั้งทางด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและใช้ยาเบาหวาน การพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ของโอเร็ม(Orem) เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลตนเองซึ่งโอเร็มเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะเรียนรู้วางแผนและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในกรณีที่บุคคลดูแลตนเองไม่ได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แต่อาจขาดความรู้ทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับตนเองดังปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(คลินิกเบาหวาน) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาตาล รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลนาตาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลการดูแลของทีมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๑,๗๙๒ , ๑,๘๕๔ และ ๑,๙๑๖ คน ตามลำดับ เมื่อประเมินผู้ป่วยเบาหวานจากค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมพบว่ามีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้จำนวน ๕๓๓, ๕๘๘ และ ๕๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๗๔ , ๓๒.๒๕ และ ๒๘.๙ ตามลำดับ ทีมจึงศึกษานำร่องในผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ย

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

สะสมสูง (HbA_{1c}>๗% พบมีผู้ป่วยเบาหวาน ๓๖๑ คน มีพฤติกรรมรับประทานหรือประมานอาหารเกินปริมาณ มีพฤติกรรมชอบทานหวาน ต้มเครื่องต้มที่มีน้ำตาลสูง ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จากการศึกษาในห้องในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลนาตาลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงและผู้ดูแลในครอบครัวพบปัญหาด้านโภชนาการหรือด้านการรับประทานอาหารสูงที่สุดเป็นอันดับที่หนึ่งถึงร้อยละ ๘๐ อีกร้อยละ ๒๐ คือปัญหาด้านการใช้ การออกกำลังกายและด้านโครงสร้างการเสื่อมของร่างกาย จากปัญหาที่มากและสำคัญคือผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางหรือวิธีการที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการในการรับประทานอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง นิยมหรือชอบบริโภคหรือรับประทานอาหารแบบเมนูเดียวกันทั้งบ้าน ไม่ได้แยกอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารตามปกติตามวิถีชีวิตประจำวัน ต้มเครื่องต้มที่มีน้ำตาลสูง รับประทานอาหารตามที่ชอบ โดยจะมีการควบคุมรายการอาหารที่จะรับประทานหรือเลือกรับประทานอาหารน้อยลงก่อนมาโรงพยาบาลตามนัด ๒-๓ วัน เพื่อให้น้ำตาลในวันที่มาตรวจอยู่ในระดับที่ดี

จากสภาพปัญหาและปัจจัยดังกล่าวข้าพเจ้าจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานให้เลือกรับประทานอย่างถูกต้องเหมาะสมและเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์(Becker) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมและการจัดการการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสมรวม ทั้งนำผลที่ได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลนาตาล โดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมซึ่งในส่วนประกอบของโปรแกรมได้มีการปรับเนื้อหาให้ เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อใช้เป็นแนวทางให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในการเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมภายใต้หลักความเชื่อ บริบทและวัฒนธรรมอีสานให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด รวมทั้งให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตภายใต้การเป็นโรคได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อทำการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ“เมนูบ้านเฮากินข้าวเล้าเรื่องหวาน” ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาตาล
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ด้านโภชนาการในการบริโภคอาหารได้ถูกต้องมากขึ้น
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะและพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น
๔. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ดีมากยิ่งขึ้น รวมทั้งลดและไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลสูง-น้ำตาลต่ำ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากข้อมูลสถิติการให้บริการของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาตาล รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลนาตาลและในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากการทบทวนวรรณกรรมข้อมูลทางวิชาการและข้อมูลการดูแลของทีมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ อำเภอ นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๑,๗๙๒ , ๑,๘๕๕ และ ๑,๙๑๖ คน ตามลำดับ เมื่อประเมินผู้ป่วยเบาหวานจากค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้จำนวน ๕๓๓, ๕๙๘ และ ๕๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๗๔ , ๓๒.๒๕ และ ๒๘.๙ ตามลำดับ ข้าพเจ้าได้นำเสนอให้ทีมมีศึกษานำร่องในผู้ป่วยที่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมสูง(HbA ๑c>๗% พบมีผู้ป่วยเบาหวาน ๓๖๑ คน ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมรับบริโภคหรือประทานอาหารเกินปริมาณ มีพฤติกรรมชอบทานหวาน ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษานำร่องได้มีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสูงและผู้ดูแลในครอบครัวพบปัญหาด้านโภชนาการหรือด้านการรับประทานอาหารสูงที่สุดเป็นอันดับที่หนึ่งถึงร้อยละ ๘๐ อีก ร้อยละ ๒๐ คือปัญหาด้านการใช้ การออกกำลังกายและด้านโครงสร้างการเสื่อมของร่างกาย จากปัญหาที่มีจำนวนมากและมีความสำคัญคือผู้ป่วยยังไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางหรือวิธีการที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการในการรับประทานอาหารต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม หรือนิยมหรือชอบบริโภคหรือรับประทานอาหารแบบเมนูเดียวกันทั้งบ้าน ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการแยกอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารตามปกติตามวิถีชีวิตประจำวัน ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง รับประทานอาหารตามที่ชอบ โดยจะมีการควบคุมรายการอาหารที่จะรับประทานหรือเลือกรับประทานอาหารน้อยลงก่อนมาโรงพยาบาลตามนัด ๒-๓ วัน เพื่อให้ น้ำตาลในวันที่มาตรวจอยู่ในระดับที่ดี

ดังนั้นหากมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านการ รับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยมีวิธีการเลือกรับประทานให้ได้รู้และ ปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทาง ในการดูแลสุขภาพส่งเสริมพฤติกรรมและการจัดการการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองและ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสมรวม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในด้านโภชนาการในการ บริโภคอาหารได้ถูกต้องมากขึ้น มีทักษะและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้องมากขึ้นส่งผลต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ดีมากยิ่งขึ้น รวมทั้งลดและไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจาก น้ำตาลสูง-น้ำตาลต่ำ ลดการใช้ยาและลดการมารักษาต่อไป

แนวความคิด

การพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์(Becker) มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นแนวทางใน การดูแลสุขภาพส่งเสริมพฤติกรรมและการจัดการการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองและควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสมรวม ทั้งนำผลที่ได้นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลนาตาล โดยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมซึ่งในส่วนประกอบของโปรแกรมได้มีการปรับเนื้อหา ให้ เหมาะสมกับบริบท วัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยในพื้นที่เพื่อใช้เป็นแนวทางให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในการ

แนวความคิด (ต่อ)

เลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมภายใต้หลักความเชื่อ บริบทและวัฒนธรรมอีสานให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดและให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างมีความสุขต่อไป

ข้อเสนอ

ข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนาในครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบเกอร์มาประยุกต์ใช้รวมทั้งใช้ขั้นตอนการพัฒนางานคุณภาพ มี ๔ ขั้นตอน คือ ๑.ค้นหาปัญหาวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์และปัญหาการบริโภคอาหารของผู้ป่วย ประเด็นสำคัญแล้วนำมาวางแผน ๒. กำหนดแผน กำหนดวัตถุประสงค์ตัวชี้วัด หาแนวทางการแก้ไขปัญหาลงสู่การปฏิบัติ ๓. ดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาโดยการจัดทำกลุ่มผู้ป่วยสอนและส่งเสริมทักษะความรู้การดูแลตนเองในด้านการบริโภคอาหาร/ทบทวนระบบการบริหารจัดการแล้วประชุมชี้แจง ทำกิจกรรมกลุ่มสอนผู้ป่วยและญาติ ๔. ทำประชาสัมพันธ์และทำข้อตกลงเสนอเป็นประเด็นการพัฒนาอำเภอ ๕. ร่วมกับท่านนายอำเภอขับเคลื่อนเป็นวาระร่วมกันทำทั้งอำเภอ ๖. ติดตามตัวชี้วัด วิเคราะห์สรุปผล ๗. จัดทำห้องอาหารเบาหวานและเมนูเบาหวาน ๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยน ๙. ทำโมเดลอาหารขยายผลสู่ชุมชน นำผลไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน ๖๐ คน โดยมีการพัฒนาเพิ่มอีกวงรอบดังนี้ ๑. ประเมินปัญหารายบุคคล ๒. สอนโดยเน้นการสร้างความรู้ความฉลาดรู้เรื่องการบริโภคอาหารโดนเน้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ “เมนูบ้านเฮากินข้าวแล้วเรื่องหวาน” การรับประทานอาหารต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเมนูอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานทานเป็นประจำที่บ้าน อาหารอีสาน แจงพลังงานและปริมาณน้ำตาลต่อหน่วยอาหาร ๓. ให้ผู้ป่วยเขียนรายการอาหารที่รับประทานที่บ้านครบทุกมื้อเป็นสมุดรายการอาหารมาส่ง ๑ เดือน ๔. ร่วมกันวิเคราะห์รายการอาหาร พลังงาน/ปริมาณน้ำตาลแล้วสะท้อนให้ผู้ป่วยทราบสร้างความเข้าใจ ๕. จัดทำกลุ่มย่อยเรื่องเมนูอาหารเบาหวาน ๖. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยผู้ป่วยเองเป็นวิทยากร ๗. จัดห้องเมนูอาหารบ้านเฮาที่คลินิกเบาหวาน ๘. ทำโมเดลอาหารเบาหวานอีสาน ๙. ประเมินผลแล้วสะท้อนการพัฒนาเป็นวงจรต่อเนื่อง ๑๐. นำโปรแกรมขยายสู่และเมนู โมเดลขยายผลสู่ รพ.สต. และญาติผู้ป่วยเบาหวาน ๑๐. ทดสอบความฉลาดรู้และทักษะการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งสิ้น ๓๖ สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมจะดำเนินชีวิตตามปกติ ซึ่งจะดำเนินการทดลองทั้งสองกลุ่มพร้อมกัน กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑ - ๒ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ ๑ สร้างปฏิสัมพันธ์และสร้างกลุ่มสัมพันธ์ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย แนะนำตนเองและกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สัปดาห์ที่ ๓ - ๔ กิจกรรมที่ ๒ เป็นการประเมินการรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านโรค ความรู้โรคเบาหวาน ประเมินการรับรู้ในด้านความเสี่ยง ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

สัปดาห์ที่ ๕ - ๘ กิจกรรมที่ ๓ กิจกรรมห้องอาหารคลินิกอาหารเบาหวานกับปริมาณน้ำตาลโดยนักโภชนาการและพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้สอน แนะนำและให้ข้อมูล ซึ่งใช้โมเดลอาหารและอาหารจริงในการสอนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

สัปดาห์ที่ ๙ - ๑๒ กิจกรรมที่ ๔ กิจกรรมคลินิกเมนูอาหารบ้านเฮากับการเลือกทานเมนูอาหารกินอย่างไรน้ำตาลดี โดยนักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้สอน แนะนำและให้ข้อมูล

ข้อเสนอ (ต่อ)

ซึ่งใช้เมนูอาหารบ้านเฮาที่ได้พัฒนาและประยุกต์ขึ้นจากอาหารท้องถิ่นและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการคำนวณปริมาณพลังงาน จำนวน ๒๐ เมนูมาสอนจริงในคลินิกอาหารและร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เข้าใจในทำต่อเนื่องกัน ๔ สัปดาห์

สัปดาห์ที่ ๑๓ - ๑๖ กิจกรรมที่ ๕ กิจกรรมสาธิตการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมทั้งประเภทอาหาร ปริมาณและเทคนิคการเลือกอาหารเมนูบ้านเฮา รวมทั้งเทคนิคในการปรุงประกอบอาหาร เบาหวาน พร้อมสาธิตการเลือกและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน การเลือกหรือการช่วยเตือนจากบุคคลในครอบครัว แจ้งข้อดีข้อเสียของการรับประทานอาหารรสหวานและชวนมองชวนเลือก โดยจัดให้เล่นเกมส์และเลือกเมนูอาหารบ้านเฮาร่วมด้วย

สัปดาห์ที่ ๑๗ - ๒๐ กิจกรรมที่ ๖ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลัง “ยามบ้านยามใจไทเบาหวานนาตาล ครั้งที่ ๑” ในทุกๆบ้านของกลุ่มตัวอย่าง สะท้อนมุมมอง สภาพปัญหาในการเลือกเมนูอาหารและติดตามให้ข้อเสนอแนะพฤติกรรมและเสริมองค์ความรู้สู่การปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ ๒๑ - ๒๔ กิจกรรมที่ ๗ กิจกรรมเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์เล่าเรื่องหวาน “ฉันเลือก ฉันปรับและฉันทานอย่างไร ให้น้ำตาลดี” โดยผู้ป่วยเป็นวิทยากรเอง ผ่านเวทีเรื่องเล่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

สัปดาห์ที่ ๒๕ - ๒๘ กิจกรรมที่ ๘ กิจกรรมสรุปและร่วมจัดทำเล่มเมนูอาหารบ้านเฮา โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานและทีมวิทยากร

สัปดาห์ที่ ๒๙ - ๓๒ กิจกรรมที่ ๘ กิจกรรม “ยามบ้านยามใจไทเบาหวานนาตาล ครั้งที่ ๒” โดยผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเมินบริบทและการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งความรู้และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เครื่องดื่ม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกันกับก่อนการทดลอง

ขั้นสรุปประเมินผลโดยดำเนินการสรุปผล ประเมินผลและสะท้อนผลคืนข้อมูล นำเสนอผลและนำโปรแกรมขยายสู่ผู้ป่วยเบาหวานอื่นๆในอำเภอนาตาล

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นเรื่องที่จำเป็นต้องทำต่อเนื่องโดยการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับรู้ มีความรู้มีความเข้าใจการดูแลสุขภาพ โปรแกรมเข้าใจง่าย นำมาปฏิบัติได้ง่ายมีเหมาะสมกับบริบทของบุคคลและครอบครัว รวมทั้งเหมาะกับชุมชนท้องถิ่น จึงจะทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นหรืออาจพบได้คือ การร่วมกันกับหน่วยงานและภาคีต้องอาศัยการประสานงานและการติดต่อสื่อสารหลายๆครั้งเพื่อให้เกิดความสำเร็จและเวลาที่ไมตรงกันระหว่างทีมผู้ร่วมกิจกรรมและผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องเลื่อนการจัดกิจกรรมตามโอกาสและความเหมาะสมตามบริบท

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. หลังทำการพัฒนาแล้วได้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ“เมนูบ้านเฮากินข้าวเล้าเรื่องหวาน”ต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาตาล จากการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ โดยโปรแกรมเข้าใจง่าย นำมาปฏิบัติได้ง่ายมีความเหมาะสมกับบริบทของบุคคลและครอบครัว รวมทั้งเหมาะสมกับชุมชนท้องถิ่นด้วย
๒. ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ด้านโภชนาการในการบริโภคอาหารได้ถูกต้องมากขึ้น
๓. ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้องมากขึ้น
๔. ผู้ป่วยเบาหวานมีการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ดีมากยิ่งขึ้น รวมทั้งลดและไม่เกิดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลสูง-น้ำตาลต่ำ
๕. ครอบครัวและชุมชนสามารถจัดเมนูอาหารของท้องถิ่นให้เหมาะสมและถูกต้องกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานได้มากขึ้น

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีรายการ“เมนูบ้านเฮากินข้าวเล้าเรื่องหวาน” ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานและท้องถิ่น ไม่ต่ำกว่า ๒๐ เมนู
๒. ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ด้านโภชนาการในการบริโภคอาหารได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ ๙๕
๓. ผู้ป่วยเบาหวานมีทักษะและพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ถูกต้องร้อยละ ๑๐๐
๔. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ/โปรแกรมมีการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้โดย HbA1c ไม่เกิน ๗ mg% ร้อยละ ๑๐๐
๕. ผู้ป่วยเบาหวานมีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลสูง-น้ำตาลต่ำ เป็น ๐
๖. ครอบครัวและชุมชนเข้าร่วมโครงการ/โปรแกรมสามารถจัดเมนูอาหารของท้องถิ่นให้เหมาะสมและถูกต้องกับการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเบาหวานได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ ๙๕

(ลงชื่อ)

(นางสาวนันท์นภัส ปิติโชคโกคินท์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : ๑ กันยายน ๒๕๖๕ – ตุลาคม ๒๕๖๕ และพฤษภาคม ๒๕๖๖ – กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความรู้ทางวิชาการและแนวความคิดที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ การบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ หมายถึง การได้รับแรงกระทำจากภายนอกที่กระทบกระเทือนบริเวณศีรษะ ทำให้เกิดแผลบริเวณศีรษะและเนื้อเยื่อบริเวณสมองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระของสมองและระดับความรู้สึกตัว โดยลักษณะของอาการรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการกระทบกระเทือนที่ได้รับ

อุบัติการณ์เกิดหรือสถิติการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะบอกตัวเลขที่ชัดเจนได้ยาก เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับคำว่าบาดเจ็บที่ศีรษะได้อธิบายไว้กว้างมาก มีความแตกต่างตามความรุนแรงและกลไกของการบาดเจ็บ แต่จากรายงานพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเนื่องจากบาดเจ็บที่ศีรษะในแต่ละประเทศมีเป็นจำนวนมาก สำหรับในประเทศไทยมีสถิติของแต่ละโรงพยาบาลเป็นจำนวนไม่น้อย

สาเหตุ

สำหรับสาเหตุของการเกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะมีด้วยกันหลายสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง ทำร้ายร่างกาย กีฬาและนันทนาการ ถูกยิง แรงกระแทกอื่นๆ

กลไกการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากศีรษะได้รับแรงกระทำจากภายนอกอย่างทันทีทันใด และส่งผลต่อเนื้อเยื่อสมอง กลไกการบาดเจ็บที่ศีรษะแบ่งออกได้ตามลักษณะของการเกิดหลังได้รับการกระทบกระเทือนตามแรงที่มากระทำ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น ๔ ประเภท (McQuillian et al., ๒๐๑๙ ดังนี้

๑. การบาดเจ็บที่มีผลต่อการผิดรูปของกะโหลกศีรษะ (Skull Deformation) เกิดจากแรงที่มากระทำต่อศีรษะโดยตรง ทำให้เกิดการบาดเจ็บในบริเวณที่ถูกกระทำ เช่น บริเวณหนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ มีการฉีกขาดหรือแตกได้นอกจากนี้ยังทำให้เนื้อสมองซ้ำและเกิด เลือดออกในสมองได้โดยระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับระดับของแรงกระทำต่อศีรษะ

๒. การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำ ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของศีรษะ (acceleration deceleration) เกิดขึ้นเมื่อศีรษะได้รับแรงกระทำจากภายนอกทางด้านหน้าหรือ ด้านหลังอย่างรวดเร็วทำให้สมองมีการเคลื่อนไหวจนหยุดนิ่ง ซึ่งการบาดเจ็บชนิดนี้ทำให้เกิดการ เคลื่อนไหวใน ๒ ลักษณะ คือ เมื่อมีแรงกระทำในขณะที่ศีรษะกำลังมีการเคลื่อนไหวจนทำให้ศีรษะ หยุดนิ่ง เช่น การได้รับอุบัติเหตุศีรษะชนผนังหรือกระจก ภาวะนี้ถูกเรียกว่า ภาวะหน่วง (deceleration) ลักษณะที่ ๒ คือ มีแรงมากระทำขณะที่ศีรษะหยุดนิ่งทำให้ศีรษะเกิดการเคลื่อนไหว เรียกภาวะนี้ว่าภาวะเร่ง (acceleration) เช่น การถูกตีด้วยของแข็งที่ศีรษะ นอกจากนี้การบาดเจ็บที่ ศีรษะยังสามารถเกิดจากการที่สมองถูกแรงเหวี่ยงกระแทกกับกะโหลกศีรษะ ทำให้สมองด้านตรงข้าม การบาดเจ็บได้รับผลกระทบตามมา

๓. การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงหมุน (Rotation) เกิดขึ้นเมื่อสมองเกิดภาวะหน่วง หรือภาวะ เร่งในทิศทางที่ไม่เป็นเส้นตรง ทำให้เกิดแรงหมุนของสมองภายในกะโหลกศีรษะ ผลของแรงหมุนทำให้เกิดแรง กด (Compressive) ความตึง (tensile) และเกิดการฉีกขาด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมองและขัดขวางการทำงานของหลอดเลือด แรงหมุนมีผลโดยตรงต่อ เนื้อเยื่อ เช่น พื้นที่ระหว่างหลอดเลือด

กลไกการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ (ต่อ)

สมอง และเส้นใยของเนื้อเยื่อ ระหว่างสมองเนื้อสีเทาและสีขาว เป็นต้น ระดับของความรุนแรงของการบาดเจ็บจากแรงหมุดขึ้นอยู่กับขอบเขต และความตรงของ ภาวะเร่ง การได้รับอุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซด์คือสาเหตุที่พบของกระบวนการบาดเจ็บชนิดนี้

๔. การบาดเจ็บที่เกิดจากการผ่านทะลุของศีรษะ (Penetration) เกิดจากการถูก ขีปนาวุธหรือปืน สัณยฆาตแทงเข้าที่ศีรษะ กระโหลกศีรษะและเข้าไปสู่เนื้อสมอง การถูกยิงทำให้เกิด แผลที่สมอง สมองซ้า มีเลือดออกในสมองและทำให้สมองบวมและเนื้อเยื่อของสมองมีการขาดเลือด ทั้งนี้ความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจากการถูกยิงนั้นขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่าง สิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปในเนื้อสมอง และส่วนของสมองที่ถูกทำลาย

พยาธิสรีรภาพ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเมื่อมีแรงมากระทำต่อกะโหลกศีรษะ จะทำให้มีการหมุนการขยับของก้านสมองเสถียร มีการกระตุ้นระบบเรติคูลา ซึ่งเป็นระบบประสาทที่ควบคุมการมีสติ พบว่าไมโทคอนเดรียขาดเอทีพี มีการทำลายสิ่งเกิดก้านสมองใกล้จุดที่ถูกแรงกระทำมีการกระทบกระเทือนมีผลต่อเซลล์ประสาทเซลล์คำจุนและหลอดเลือดในระยะแรกการบาดเจ็บจะเกิดขึ้นทันทีที่มีแรงมากระทบต่ออวัยวะของระบบประสาทส่งผลโดยตรงต่อเยื่อสมองและระบบประสาทในระยะที่ ๒ เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งระบบประสาทและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองถูกทำลายมีน้ำไขสันหลังเพิ่มขึ้นอาจมีเลือดออกในสมองจะสมองบวมเกิดการแย่งเนื้อที่ในสมองนำไปสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงอาจทำให้เกิดภาวะสมองเคลื่อนตามมา

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงที่พบได้แก่ อาการศีรษะ บวม โน แผลถลอกหรือฟกช้ำที่ศีรษะอาจมีกะโหลกศีรษะร้าวหรือแตกมีการบาดเจ็บสมอง ผู้ป่วยมักมีอาการหมดสติเมื่อรู้สึกตัวจะมีอาการมึนงงจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดศีรษะ สับสนเพ้อ อะอะ คลื่นไส้อาเจียน แขนขาเป็นอัมพาตขัดเกร็งมีภาวะสมองบวม (brain edema)

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการรักษาการพยากรณ์โรคนั้นการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะจะต้องทำตั้งแต่ระยะแรก ก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ เพื่อที่จะให้การรักษาในระยะเฉียบพลันได้เฉพาะเจาะจงเป็นรายๆไป โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งตามคะแนนของ Glasgow coma scale (GCS) ได้ ๓ ระดับ คือ

๑. ระดับ ๑๓-๑๕ คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (minor head injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถติดตามตัวเองหรือเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง และตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อยหรือสับสนบ้างเป็นบางครั้ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีประวัติการหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับบาดเจ็บ

๒. ระดับ ๙-๑๒ คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (moderate head injury) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน มักหลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆได้ถูกต้อง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมากอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวดหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูดผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติหมดสติหลังจากได้รับบาดเจ็บ

๓. ระดับ ๓-๘ คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) หมายถึงผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆทั้งสิ้น อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืออ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ (ต่อ)

จากการซักประวัติและการตรวจพิเศษต่างๆดังนี้

๑. การซักประวัติจากผู้ป่วยหรือผู้เห็นเหตุการณ์ เพื่อหาสาเหตุการบาดเจ็บประเมินอาการปวดศีรษะคลื่นไส้อาเจียนหรือความผิดปกติ ได้แก่ หูอื้อ ตาพร่ามัว ซาที่ผิวหนังระยะเวลาทั้งหมดสติ

๒. การตรวจร่างกาย ตรวจระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ รูม่านตา การเคลื่อนไหวของแขนขา Reflex ต่างๆ การตรวจหาน้ำหรือเลือดที่ไหลออกจากหูหรือจมูก คลำหารอยห้อเลือดบริเวณหนังศีรษะ วัดสัญญาณชีพและการบาดเจ็บอวัยวะอื่นๆ

๓. การตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ การตรวจทางรังสีวิทยา เช่น การถ่ายภาพรังสีกระดูกกะโหลกศีรษะ การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การฉีดสีเข้าหลอดเลือดแดงเพื่อหาความผิดปกติว่าเลือดออกในหรือมีพยาธิสภาพในสมองหรือไม่ การเจาะเลือดเพื่อตรวจรับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ ค่าอิเล็กโทรไลต์ น้ำตาลในกระแสเลือดและก๊าซในหลอดเลือด

การรักษา

การรักษามี ๒ แบบได้แก่ การรักษาโดยไม่ผ่าตัดและการรักษาโดยการผ่าตัดดังนี้

๑. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด

๑.๑ การให้ยากลุ่มขับปัสสาวะ เช่น mannitol เป็นการรักษาโดยมีกลไก ๒ แบบคือระยะแรกภายในเวลาเป็นนาทีจะมี plasma volume เพิ่มขึ้นทันทีและ blood viscosity ลดลงทำให้ cerebral perfusion เพิ่มขึ้นดึงน้ำออกจากสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะลดลง

๑.๒ การให้สารน้ำ hypertonic saline เป็นสารละลายอิเล็กโทรไลต์ที่มีค่าความดันออสโมติกสูงกว่าเซลล์เม็ดเลือดและพลาสมาของร่างกายทำให้มีการตึมน้ำที่อยู่ระหว่างเซลล์เข้าในหลอดเลือดทำให้การสมองบวมลดลง

๒ การรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดที่ทำบ่อยในการบาดเจ็บศีรษะได้แก่

๒.๑ craniotomy คือการผ่าตัดเปิดหนังศีรษะใช้เลือดตัดกะโหลกและนำก้อนเลือดออกโดยอาจเปิดเยื่อหุ้มสมองหรือไม่ขึ้นกับก้อนเลือดอยู่เหนือหรือใต้เยื่อหุ้มสมอง

๒.๒ craniectomy คือการผ่าตัดเอากะโหลกศีรษะออกและเอาไปเก็บไว้แต่นำใส่คืนภายหลังหรืออาจจะใช้กะโหลกศีรษะเทียมใส่ทดแทนภายหลังเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ

การพยาบาลในระยะการคัดกรอง (Triage)

๑. การซักประวัติการบาดเจ็บ คัดแยกผู้ป่วยตามลำดับความเร่งด่วนและรายงานแพทย์เวรทันทีตามเกณฑ์การรายงานแพทย์

๒.การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมินแรกรับเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพหรือความเปลี่ยนแปลงของผู้บาดเจ็บ ที่ทำให้เกิดภาวะคุกคามชีวิตได้ โดยการประเมินเบื้องต้น(Primary Survey) อย่างรวดเร็วภายใต้หลักการดูแลผู้ป่วยของสมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยประกอบด้วย การประเมินทางเดินหายใจ (Airway :A) การประเมินการหายใจ (Breathing :B) การประเมินระบบไหลเวียน (Circulation :C) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Disability :D) และประเมินสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ (Environment :E) พร้อมทั้งแยกประเภทความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ และประเมินสัญญาณชีพทันที

๓.การช่วยชีวิต (Resuscitation) เป็นการช่วยชีวิตทันทีหลังประเมินพยาธิสภาพที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยให้ทำการช่วยเปิดทางเดินหายใจ (Airway and C -Spine Protection) รวมถึงการให้ออกซิเจน (Oxygenation and ventilation) และมอบหมายหน้าที่ให้ AEMTดูแล Circulation และ Disability and Intracranial Pressure Management ในเวลาเดียวกัน

การพยาบาลในระยะการคัดกรอง (Triage) (ต่อ)

๔.การประเมินซ้ำ(Reassessment) เป็นการประเมินซ้ำโดยแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม(Adjunct to Primary Survey) และเป็นการตรวจประเมินอย่างละเอียดอีกรอบ ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (Secondary Survey) รวมถึงมอบหมายหน้าที่ทีมเคลื่อนย้ายทีมช่วยเหลือ เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้ป่วย เฝ้ารอส่งดูแลช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บข้างเตียง

๕.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Plan of Care) เป็นการประเมินซ้ำอย่างละเอียดอีกรอบพร้อมทั้งซักประวัติการบาดเจ็บเพิ่มเติม (Adjunct to Secondary Survey) แก่ภาวะคุกคามชีวิตตามแนวทางการดูแล ผู้บาดเจ็บถ้าสัญญาณชีพผู้ป่วยยังไม่คงที่ ให้กลับไปประเมินขั้นต้นและให้การช่วยเหลือฉุกเฉินอีกครั้ง

๖.การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญกว่า (Consultation) เมื่อแพทย์เวรได้ทำตามแนวทางการรักษาครบถ้วนแล้ว อาการผู้ป่วยยังไม่คงที่ ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกว่า ตามแนวทางการดูแล ผู้บาดเจ็บช่องทางด่วน (Neuro Trauma Fast Track) ของสมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย(๒๕๖๐)พร้อมทั้งรับปรึกษาประสาทศัลยแพทย์โรงพยาบาลเลยที่เป็นแม่ข่ายอย่างรวดเร็ว (๗) การรักษาผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นแล้ว (Definitive Care) เป็นการดูแลเฉพาะทางก่อนส่งต่อผู้ป่วยเจ็บ หรือรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน โดยแพทย์ได้อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงสภาวะของผู้ป่วย และเหตุผลที่ต้องรับไว้รักษาหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า พยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานกับพยาบาลโรงพยาบาลปลายทาง รวมถึงมีการส่งข้อมูลให้กับพยาบาลที่ต้องดูแลขณะส่งต่อ

การพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน

๑. การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) การประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการประเมินทางระบบประสาทและสมอง (Neurological signs) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินการเคลื่อนไหวและกำลังของแขน ขา การประเมินขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาสอง และการประเมินสัญญาณชีพ

๒.การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะ ICP ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด นำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพ อาการเตือนของภาวะนี้ เช่น การรู้สึกลดลง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้นจากเดิมตั้งแต่ ๑ ระดับหรือกำลังแขนขาทั้ง ๒ ข้างแตกต่างกัน และรูม่านตาทั้ง ๒ ข้าง มีขนาดแตกต่างกันเกิน ๑ มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาตอบสนองลดลง เป็นต้น โดยจัดท่านอนให้กระดูกสันหลังของผู้ป่วยอยู่ในแนวตรงตั้งแต่ศีรษะถึงปลายเท้า ยกหัวเตียง ๓๐ องศา หากพบอาการรีบรายงานแพทย์

๓.การพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ ๒๐ จะมีการปวดศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายและกระสับกระส่าย พยาบาลจึงควรประเมินความปวดทุก ๔ ชั่วโมงและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เนื่องจากความปวดจะทำให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญในสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะ ICP

๔.ดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

๕.การใช้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต้องควบคุมการให้อย่างเคร่งครัด

๖.ในกรณีให้ mannitol เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ ควรเฝ้าระวังความดันโลหิตต่ำ ติดตามผลของอิเล็กโทรไลต์ โดยเฉพาะโซเดียม โพแทสเซียม ซึ่งอาจต่ำได้ บันทึกสารน้ำ เข้าออก เฝ้าระวังภาวะปัสสาวะออกน้อย

๗.ป้องกันและเฝ้าระวังการดึงข้อช่วยหายใจออกเอง เพราะเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะรับรู้ความไม่สบาย เจ็บปวด และทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จึงดันไปมา กระสับกระส่ายก้าวร้าว (Agitation)

๘.ป้องกันการชัก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการชักทันทีหลังบาดเจ็บ หมดสติหลังบาดเจ็บนานกว่า ๓๐ นาที GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๐ คะแนน กะโหลกศีรษะร้าวหรือแตกยุบ การแทงทะลุสู่ภายในศีรษะ สมองซ้ำ และมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ หรือในสมอง เป็นโรคลมชักมาก่อน ติดสุราเรื้อรัง

การพยาบาลในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน (ต่อ)

๙. เฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการสับสน จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ยกราวกันเปลทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล

๑๐. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือจัดหาข้อมูลที่เป็นในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการช่วยเหลือตามความจำเป็น

การฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง ประกอบด้วย การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตจนกระทั่งอาการดีขึ้น ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพทุกขั้นตอน สำหรับบทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ซึมลง ชัก มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอารมณ์ไม่คงที่ การสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง การประสานงานเพื่อให้ยืมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ เช่น เตียงนอน เครื่องดูดเสมหะ ให้เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อเมื่อต้องการปรึกษา รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลให้กับสถานบริการใกล้บ้าน เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๓.๒ แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๑. แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอนดังนี้ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) และการประเมินผล (Evaluation) ปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ประเมินอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เฝ้าระวัง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

๒. แนวคิด Advanced Trauma Life Support (ATLS) ประกอบด้วย ๑) Airway ๒) Breathing and Ventilation ๓) Circulation ๔) Disability ๕) Environment

๓. แนวคิดการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่าย D-M-E-T-H-O-D (Disease , Medication Environment and Economic , Treatment , Health , Outpatient referral , Diet)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นปัญหาสำคัญของโลก มีอุบัติการณ์สูงและสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร ส่งผลให้เกิดความบกพร่องแบบชั่วคราวหรือถาวรของสติปัญญา ร่างกาย หรือทางจิตสังคม และเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต ในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ องค์การอนามัยโลกรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนทั่วโลก มีจำนวนผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มขึ้นและมีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงถึง ๑.๓๕ ล้านคนต่อปีหรือทุกหนึ่งชั่วโมงมีผู้เสียชีวิต ๑๕๕ ราย ในปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนของประเทศไทยยังคงอยู่ในอัตราที่สูง โดยคิดเป็นอัตรา ๒๓.๗, ๒๐.๖๕ และ ๒๐.๓๓ ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตรา ๑๖ ต่อประชากรแสนคน ผลจากการประสบอุบัติเหตุผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการบาดเจ็บทางร่างกายและภาวะบาดเจ็บที่ศีรษะ

จากสถิติงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ จำนวน ๒๗ ราย, ๑๕ ราย และ ๙ ราย ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิต ๕ ราย, ๔ ราย และ ๓ ราย ตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตพยาบาลเป็นสมาชิกในทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะสูงในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

รักษาโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในสถานการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต เพื่อลดความรุนแรงของโรค ความพิการและการเสียชีวิต และพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลฟื้นฟูร่างกายอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยกลับดำรงชีวิตที่บ้านหรือสังคมได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการดูแลในระยะวิกฤตอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยได้มาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
๓. เพื่อเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ให้แก่เจ้าหน้าที่ทีมการพยาบาลประจำหน่วยงาน

โดยการศึกษาที่มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

๑. ศึกษาสถิติและปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบร่วมกับภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต
๒. ศึกษาค้นคว้าเรื่องโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต จากเอกสาร ตำราวิชาการ
๓. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
๔. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
๕. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา
๖. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
๗. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
๘. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล
๙. สรุป เรียบเรียงผลการศึกษา
๑๐. เสนอผลการศึกษาเพื่อรับการตรวจสอบจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ
๑๑. แก้ไข ปรับปรุงผลการศึกษาตามคำแนะนำ
๑๒. จัดพิมพ์ผลงาน และจัดทำรูปเล่ม
๑๓. นำเสนอเพื่อขอรับการประเมิน

กรณีศึกษาที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ ๒๘ ปี HN ๓๘๑ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ภูมิลำเนา ต.นาตาล อ.นาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

รับไว้รักษาในโรงพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ รวมระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ๑ วัน

เลขที่ refer ๖๖๐๐๑๗๕๘ refer โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการรักษา อาการสำคัญ พลเมืองดีพบหมดสติ โทรแจ้งรถพยาบาลฉุกเฉินนำส่ง เหตุรถจักรยานยนต์ล้ม ก่อนมาโรงพยาบาล ๓๐ นาที

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (รับแจ้งเกิดเหตุ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ ๑๙.๓๐ น.) ๓๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล เหตุรถจักรยานยนต์ล้ม พลเมืองดีพบหมดสติ ไม่สวมนวมกันนิรภัย โทรแจ้งรถพยาบาลฉุกเฉิน ประเมินอาการ ระบบประสาท Glasgow coma scale GCS) = E_๑M_๕V_๑ รวม ๗ คะแนน

กรณีศึกษาที่ ๑ (ต่อ)

ขนาดรูمانة ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี on hard collar มีแผลฉีกขาดที่คางและหลังหูซ้าย ทางคิ้วขวา มีแผลถลอกที่แขนและขา มีเลือดออกหู จมูก ปฐมพยาบาลเบื้องต้น นำส่งโรงพยาบาลนาตาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว การผ่าตัด การดื่มสุร่าบ่อยครั้ง สูบบุหรี่วันละ ๕-๖ มวน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรมใดๆ

ประวัติแพ้ยา อาหารและสารเคมี : ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

ระยะแรกเริ่ม

แรกเริ่ม วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๙.๕๗ น. งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนาตาล พยาบาลซักประวัติการบาดเจ็บ คัดแยกผู้ป่วย (MOPH ED. Triage) ประเมินผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อาการระบบประสาท GCS= E_๑M_๕V_๑ รวม ๗ คะแนน motor power grade ๕/๕ ขนาดรูمانة ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี on hard collar มีแผลที่ศีรษะ ขนาด ๕ เซนติเมตรแผลฉีกขาดที่คางและหลังหูซ้าย ทางคิ้วขวา มีแผลถลอกที่แขนและขา มีเลือดออกหู จมูก สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๐% ผลการประเมิน คัดแยกระดับ ๑ (MOPH ED. Triage) ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที รายงานแพทย์เวรทราบทันที แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ ๗.๕ ซิต ๒๒ เซนติเมตร ฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากัน ทั้ง ๒ ข้าง ซักประวัติเพิ่มเติมญาติมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับโรคและการรักษา แพทย์และพยาบาลได้อธิบายพยาธิสภาพโรคตลอดจนการรักษาพยาบาล

ระยะต่อเนื่อง

แพทย์สั่งการรักษาเพิ่ม โดยส่งตรวจ SAR coronavirus ผลลบ (negative) มีเลือดออกหู จมูก ส่งเอกซเรย์ทรวงอก (film chest w-ray) ผลปกติ ผลเอกซเรย์ศีรษะและกระดูกต้นคอ (film skull AP and C-spine) พบมีกะโหลกศีรษะและคอแตก (fracture head with neck) ผลเอกซเรย์กระดูกเชิงกราน (film pelvic) not seen fracture อัลตราซาวด์ช่องท้อง (ultrasound abdomen & retroperitoneum) ผลปกติให้การพยาบาลเจาะเลือดตรวจตามการรักษาของแพทย์ ระดับน้ำตาลในเลือด ๑๗๙ mg% ระดับความเข้มข้นในเลือด ๔๔% มีแผลที่ศีรษะ ขนาด ๕ เซนติเมตรแผลฉีกขาดที่คางและหลังหูซ้าย ทางคิ้วขวา มีแผลถลอกที่แขนและขา ดูแลทำการล้างแผลและเย็บแผลให้ด้วยเทคนิคการพยาบาลปราศจากเชื้อ ผู้ป่วยไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ดูแลให้ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ๐.๕ มิลลิกรัม ทางกล้ามเนื้อ ตามการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อาการระบบประสาท GCS E_๑M_๕V_๑ รวม ๗ คะแนน motor power grade ๕/๕ ขนาดรูمانة ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี on hard collar สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐-๑๑๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๐-๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๙๐/๖๐-๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๘% ดูแลสายสวนปัสสาวะ ขนาด ๑๖ ต่อถุงปัสสาวะ ประเมินเฝ้าสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากสงสัยมีเลือดออกในสมองและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (O_๒ saturation <๙๒%) หรือการหายใจผิดปกติ เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ (SBP < ๙๐ mmHg), control external bleeding งดน้ำและอาหารหลังจากเกิดอุบัติเหตุ ให้สารน้ำ Isotonic solution Normal saline ๔๐ มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ สีหน้าญาติยังมีความวิตกกังวลได้ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับญาติเป็นระยะ รายงานแพทย์เวรทราบอาการพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ระยะจำหน่ายส่งต่อ

ระยะจำหน่ายออกจากงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๒๑.๐๐ น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อาการระบบประสาท GCS E_๑M_๕V_๓ รวม ๖T คะแนน motor power grade ๕/๕ ขนาดรูม่านตา ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี on hard collar สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๘ % เผ่าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับญาติเป็นระยะ สิ้นหนายังมีความวิตกกังวล ประสานข้อมูลแผนการดูแลรักษาและแผนการพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลนาตาล และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เตรียมรถพยาบาลฉุกเฉิน เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพ นำส่งโดยทีมพยาบาลส่งต่อที่มีสมรรถนะ

ตรวจเยี่ยมโดยโทรติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผล CT brain พบว่า Fracture base of skull ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Severe head injury, Fracture base of skull, Open Fracture at right zygoma เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยICU Trauma๑ ได้รับการรักษาตามมาตรฐานจนผู้ป่วย อาการดีขึ้นเป็นลำดับ ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๕ นัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลนาตาล ผู้ป่วยมาตามนัดติดตามอาการพบว่าอาการทั่วไปปกติ แนะนำเข้าคลินิกเล็กบุหรีและสุราต่อไป

สรุปปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาครั้งที่ ๑

ระยะแรกรับ

๑. ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีเลือดออกในสมองทำให้แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง
๒. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากสงสัยมีเลือดออกในสมอง
๓. ญาติมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะต่อเนื่อง

๑. มีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อเนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจ
๒. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง
๓. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลฉีกขาดที่คางและหลังหูซ้าย
๔. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากระดับความรู้สติเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพที่สมอง
๕. ญาติมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะจำหน่ายส่งต่อ

๑. ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อส่งตัวโรงพยาบาลประจำจังหวัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กรณีศึกษาที่ ๒

ข้อมูลทั่วไป ชายไทย อายุ ๔๔ ปี HN ๘๐๘๒๑ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพเกษตรกร การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย ภูมิลำเนา ๔๗ ม.๕ ต.โพธิ์ไทร อ.โพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี รับไว้รักษาในโรงพยาบาล งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ รวมระยะเวลาที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ๑ วันเลขที่ refer ๖๖๐๐๑๐๖๙ refer โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เนื่องจากเกินขีดความสามารถการรักษา

กรณีศึกษาที่ ๒ (ต่อ)

อาการสำคัญ ขับรถจักรยานยนต์ชนต้นไม้ พลเมืองดีพบหมดสติ โทรแจ้งรพพยาบาลฉุกเฉินชั้นสูง ALS (Advance life support) นำส่ง ก่อนมาโรงพยาบาล ๓๐ นาที

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (รับแจ้งเกิดเหตุ วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ ๑๗.๕๕ น.) ๓๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนต้นไม้ พลเมืองดีพบหมดสติไม่ทราบเวลา ไม่สวมหมวกนิรภัย โทรแจ้งรพพยาบาลฉุกเฉินชั้นสูง ALS (Advance life support) ประเมินอาการ ระบบประสาท Gas glow coma scale GCS) = E_๑M_๑V_๑ รวม ๓ คะแนน ขนาดรูม่านตา ๒ มิลลิเมตร ลมหายใจคล้ายกลืนลมดูด ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ ๗.๕ ซีต ๒๒ เซนติเมตร on hard collar มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่มากกว่า ๑๐ เซนติเมตร ปฐมพยาบาลเบื้องต้น นำส่งโรงพยาบาลนาตาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคเบาหวานชนิด type ๒ ประมาณ ๘ ปี รับประทานยา Metformin ๘๕๐ มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ ๑ เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น รับประทานต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บุคคลในครอบครัวปฏิเสธโรคติดต่อร้ายแรงและโรคทางพันธุกรรมใดๆ

ประวัติแพ้ยา อาหารและสารเคมี : ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี

ระยะแรกเริ่ม

แรกเริ่ม วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๘.๒๕ น. งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลนาตาล พยาบาลซักประวัติการบาดเจ็บ คัดแยกผู้ป่วย (MOPH ED. Triage) ประเมินผู้ป่วยรู้สึกไม่รู้สึกตัว อาการระบบประสาท GCS = E_๑M_๑V_๑ รวม ๒T คะแนน ขนาดรูม่านตาข้างขวา ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ข้างซ้าย ๒ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปานกลาง สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๗ % ประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ ๗.๕ ซีต ๒๒ เซนติเมตร ฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้ง ๒ ข้าง มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่กว่า ๑๐ เซนติเมตรปิดผ้าก๊อสไว้มีเลือดซึมผ้าก๊อสเล็กน้อย ผลการประเมิน คัดแยกระดับ ๑ (MOPH ED. Triage) ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที รายงานแพทย์เวรทราบทันที ซักประวัติเพิ่มเติมญาติมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับโรคและการรักษา แพทย์และพยาบาลได้อธิบายพยาธิสภาพโรคตลอดจนการรักษาพยาบาล

ระยะต่อเนื่อง

แพทย์สั่งการรักษาเพิ่ม โดยส่งตรวจ SAR coronavirus ผลลบ (negative) ส่งเอกซเรย์ทรวงอก (film chest x-ray) ผลปกติ ผลเอกซเรย์ศีรษะ (film skull AP) สงสัยมีเลือดออกในสมอง ผลเอกซเรย์กระดูกต้นคอ (film C-spine) not seen fracture ผลเอกซเรย์กระดูกเชิงกราน (film pelvic) not seen fracture ให้การพยาบาลเจาะเลือดตรวจตามการรักษาของแพทย์ ระดับน้ำตาลในเลือด ๑๑๘ mg% ระดับความเข้มข้นในเลือด ๓๖% มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่กว่า ๑๐ เซนติเมตร ผู้ป่วยไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ดูแลให้ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ๐.๕ มิลลิลิตร ทางกล้ามเนื้อ ตามการรักษาของแพทย์ ทำการล้างแผลและเย็บแผลให้ด้วยเทคนิคการพยาบาลปราศจากเชื้อ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว อาการระบบประสาท GCS = E_๑M_๑V_๑ รวม ๒T คะแนน ขนาดรูม่านตาข้างขวา ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ข้างซ้าย ๒ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปานกลาง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘-๙๐ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๒-๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๘๐ - ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๘ % ดูแลสายสวนปัสสาวะ ขนาด ๑๖ ต่อถุงปัสสาวะ ประเมินเฝ้าสังเกตภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากสงสัยมีเลือดออกในสมองและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation ≤๙๒%) หรือการหายใจผิดปกติ เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ (SBP < ๙๐ mmHg), control external bleeding งดน้ำและอาหารหลังจากเกิดอุบัติเหตุ ให้สารน้ำIsotonic

ระยะต่อเนื่อง (ต่อ)

solution Normal saline ๔๐ มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ สีหน้าญาติยังมีความวิตกกังวลได้ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับญาติเป็นระยะ รายงานแพทย์เวรทราบอาการพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ระยะจำหน่ายส่งต่อ

ระยะจำหน่ายออกจากงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งต่อส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๙.๓๐ น. ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว อาการระบบประสาท GCS = E_๑M_๑V_๓ รวม ๒T คะแนน ขนาดรูม่านตาข้างขวา ๓ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ข้างซ้าย ๒ มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปานกลาง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๘ ครั้งต่อนาที หายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๘ % เฝ้ามองและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับญาติเป็นระยะ สีหน้ายังมีความวิตกกังวล ประสานข้อมูลแผนการดูแลรักษาและแผนการพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลนาตาล และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประสานรพพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง ALS (Advance life support) เตรียมอุปกรณ์กู้ชีพนำส่งโดยพยาบาลกู้ชีพนำส่ง

ตรวจเยี่ยมโดยโทรติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผล CT พบ Left superior articular facet of C๗ Fracture ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Severe head injury, Left superior articular facet of C๗ Fracture เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ICU Trauma๑ ได้รับการรักษาตามมาตรฐานจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ได้รับการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ฟันฟูสภาพ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย จำหน่ายจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในวันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ ภาวะบาดเจ็บของเนื้อสมอง ผู้ป่วยรู้ตัวดี motor power grade ๕/๕ ทั้ง ๒ ข้าง ได้รับการฟื้นฟู ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา นัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลนาตาล มีyarับประทานต่อเนื่องที่บ้าน นัดติดตาม ผู้ป่วยดูแลทำแผลตัดไหม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนการรับประทายต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลกรณีศึกษาครั้งที่ ๒

ระยะแรกเริ่ม

๑. ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากมีเลือดออกในสมองทำให้แบบแผนการหายใจเปลี่ยนแปลง
๒. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากสงสัยมีเลือดออกในสมอง
๓. ญาติมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะต่อเนื่อง

๑. มีโอกาสเกิดปอดติดเชื้อเนื่องจากใช้เครื่องช่วยหายใจ
๒. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจากมีเลือดออกในสมอง
๓. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากมีแผลที่ศีรษะขนาดใหญ่
๔. มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เนื่องจากดื่มน้ำน้อยหรืออินซูลินผิดปกติ
๕. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพที่สมอง
๖. ญาติมีความวิตกกังวลสูง เกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ระยะจำหน่ายส่งต่อ

๑. ญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อส่งตัวโรงพยาบาลประจำจังหวัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน กรณีศึกษา
เปรียบเทียบ ๒ ราย จำนวน ๑ เรื่อง

สถิติตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

รายการ	เกณฑ์	ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖
๑. จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (ราย)		๕	๔
๒. ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ตามมาตรฐานการพยาบาล	> ๙๐%	๙๔	๙๖
๓. อัตรา Re-Admit ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	๐	๐	๐
๔. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	≥ ๘๐%	๙๒	๙๔

เชิงคุณภาพ

ผลการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการรวบรวมความรู้และประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งส่งต่อไปสถานพยาบาลที่สูงขึ้น โดยการประเมินสภาพในภาวะวิกฤติที่ต้อง รวดเร็ว ครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เศรษฐกิจ ดูแลระยะต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ส่วนระยะก่อนจำหน่าย ให้ข้อมูล / คำแนะนำ แผนการรักษา ญาติเข้าใจ คลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รวมทั้งมีความพึงพอใจในบริการ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช

๒. การประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ปอดกลั้วและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาภายหลัง

๓. การบริหารจัดการ ให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีที่สุด ได้รับการบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและมีการใช้ต้นทุนอย่างคุ้มค่าทั้ง ด้านการบริหารบุคลากร ด้านความรู้ ความสามารถ การบริหารเครื่องมือต้องมีคุณภาพ พร้อมใช้ มีการบำรุงรักษาตรวจสอบสม่ำเสมอ และมีระบบที่เอื้ออำนวยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

๔. การให้ข้อมูล การรับรู้ที่ถูกต้องของผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การวินิจฉัย การรักษา และแนวทางการรักษาของแพทย์ สามารถปรับตัวต่อระยะวิกฤตของครอบครัว ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

๕. การประเมินผล นิเทศทางการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกด้านของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้บาดเจ็บที่ศีรษะ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมการพยาบาล (Knowledge management) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ลดอัตราเสียชีวิตและความพิการต่างๆที่จะตามมาภายหลัง

๖. เป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งใน และนอกหน่วยงาน

๗. เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษา

๘. ใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน จากอุบัติเหตุทางจราจร ถือเป็นกรณีบาดเจ็บหลายระบบที่มีความซับซ้อนและมีความรุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดความพิการและการเสียชีวิตสูง เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลต่อระดับความรู้สึกตัวทำให้ประสิทธิภาพการหายใจของผู้ป่วยลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้การหายใจมีประสิทธิภาพและรอดพ้นภาวะวิกฤต พยาบาลต้องมีสมรรถนะ ความรู้และทักษะในการดูแล การประเมินการคัดกรอง (Triage) การชักประวัติการบาดเจ็บ คัดแยกผู้ป่วยตามลำดับความเร่งด่วนและรายงานแพทย์เวรทันที่ตามเกณฑ์การรายงานแพทย์ อย่างรวดเร็ว ทันทีที่จะทำให้ผู้ป่วยรอดจากความพิการและการเสียชีวิต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องได้รับการจัดการในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องเชี่ยวชาญในการการประเมินการคัดกรอง (Triage) การใช้กระบวนการพยาบาล ประเมิน วิเคราะห์ปัญหา รวมถึงสามารถทำนายแนวโน้มความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว แข่งกับเวลา เพราะผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ถ้าวินิจฉัยเร็ว และประสานส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพได้รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยรอดจากความพิการและการเสียชีวิต ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีประวัติเรื่อง เบาหวาน พยาบาลจึงต้องวางแผนให้การพยาบาลที่แตกต่างกัน และการให้คำแนะนำ การฟื้นฟูสภาพอาจต้องใช้ระยะเวลานาน พยาบาลต้องวางแผนการการฟื้นฟูสภาพโดยปรึกษาเภสัชกร นักกายภาพบำบัดทำให้เกิดความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉินอาจเกิดความพิการและการเสียชีวิต เนื่องจากสภาวะโรค ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลต่อความพิการและการเสียชีวิตได้
๒. มีข้อจำกัดในการสื่อสารเนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่สามารถสื่อสารบอกความต้องการของตนเองได้ พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะในการสื่อสารด้านต่างๆ การสังเกต เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
๓. การให้ข้อมูล คำแนะนำแก่ญาติในการปฏิบัติตัวพยาบาลต้องสื่อสารหลายรอบ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตทำให้ญาติยังมีความกังวลสูง

๙. ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงขอเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเป็น ๓ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านบริหาร

๑.๑ ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้การจัดการรายกรณี เพื่อให้การพยาบาลมีความต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลระดับที่มีศักยภาพสูงกว่า เป็นไปตามแผนการรักษา ครอบคลุมองค์รวม ส่งต่อการดูแลแก่สถานพยาบาลใกล้เคียงเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๑.๒ ควรพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย รวมทั้ง CMU เพื่อการดูแลรักษาที่รวดเร็วต่อเนื่อง ผู้ป่วยสะดวกในการมาตรวจ รับยา และเกิดความปลอดภัย

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๒. ด้านบริการ

๒.๑ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค สาเหตุ อาการ แนวทางการดูแลรักษา สามารถประเมินอาการแสดงของภาวะวิกฤตได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อรายงานแพทย์ให้การดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่สามารถให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตได้ปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน

๒.๒ จัดทำคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในรูปแบบที่เข้าใจง่าย

๒.๓ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทั่วไปทราบและตระหนักถึงความรุนแรงของโรค รับรู้อาการที่ต้องมาโรงพยาบาล ปักจี้ความเสี่ยงการเกิดโรค รวมทั้งการใช้บริการ ๑๖๖๙ เมื่อเจ็บป่วย

๓. ด้านวิชาการ

๓.๑ ควรพัฒนามาตรฐาน: ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

๓.๒ มีการทำวิจัย RbR หรือนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก เช่น การประเมินสภาพผู้ป่วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูง เป็นต้น

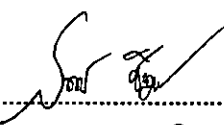
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานด้วยวาจา (oral presentation) โครงการประชุมวิชาการระดับเขตสุขภาพที่ ๑๐ จัดการประชุมวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI Era” รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมปทุมชาติ ชั้น ๓ อาคารกาญจนาภิเษก วิทยาลัยพยาบาลสภพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๑๘๓ คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลและเป็นการแลกเปลี่ยนผลงานวิชาการ ซึ่งการเผยแพร่ผลงานครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะที่อยู่ในระยะวิกฤตฉุกเฉิน และสามารถไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยรายอื่นได้

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวสายชล ชินกธรรม สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวสายชล ชินกธรรม)

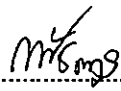
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๑/ มกราคม /๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสายชล ชินกธรรม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางพัชรี อมรสิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๑/ มกราคม /๒๕๖๗

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

(วันที่) ๑๑/ มกราคม /๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาตาล

๒. หลักการและเหตุผล

บันทึกทางการแพทย์พยาบาล เป็นการเขียนรายงานทางการแพทย์ พยาบาล เป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลได้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้แก่ผู้รับบริการ เป็นการเขียนรายงานหลังการปฏิบัติการพยาบาล ที่ใช้สื่อสารทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication and Effective Teamwork) เป็นหนึ่งในข้อกำหนดมาตรฐานการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพของกระทรวงสาธารณสุขปี๒๕๖๑ พยาบาลเป็นผู้ที่ทำงานร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในทีม สุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ อีกมากมายและ พยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่น ๆ เป็นสื่อกลางช่วยประสานงาน ให้กับทีมสุขภาพได้ดีที่สุด (อารี ชิวเกษมสุข,๒๕๖๑) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurse 's note) ซึ่งงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มคนที่ได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การพยาบาลที่รวดเร็วเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ๒๕๖๑) การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลในหน่วยนี้ พยาบาลต้องมีความรู้และความสามารถในการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยก่อนอาการทรุดลง (สำนักการพยาบาล, ๒๕๕๔) การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการสื่อสารระหว่างทีมพยาบาล การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ดี ยังสามารถนำไปใช้เป็นสื่อกลางในการวางแผนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติการรักษาพยาบาล และการติดตามประเมินผลการพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ต่อพยาบาลทั้งในแง่กฎหมายและคุณภาพของการปฏิบัติงาน อีกทั้งบันทึกทางการแพทย์พยาบาลยังใช้เป็นหลักฐานการเบิกค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพอีกด้วย

การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล หมายถึงการบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลได้กระทำกับผู้ป่วย เพื่อสื่อสารกับทีมพยาบาล ตลอดระยะของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย และสะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลทุกขั้นตอน รวมทั้งการบันทึกปัญหาของผู้ป่วยและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (สำนักการพยาบาล, ๒๕๕๔) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีและต่อเนื่อง นอกจากนี้การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ถูกต้องและทันสมัยจะช่วยส่งเสริมให้การสื่อสารระหว่างพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพให้มีประสิทธิภาพขึ้น แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินนำมาตราฐานการปฏิบัติ ประกอบด้วย การใช้กระบวนการพยาบาลในการคัดแยกผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยการวินิจฉัยทางการแพทย์ การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปการจำหน่าย โดยยึดหลักการบันทึกคือความถูกต้อง (Correct) ความครบถ้วน (Complete) ความชัดเจน (Clear) และความต่อเนื่อง (Continuous) ตามลักษณะของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพ (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ๒๕๖๐)

โรงพยาบาลนาตาล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง มีเปิดให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช ทุกกลุ่มโรค ตลอด ๒๔ ชั่วโมง สถิติการให้บริการ ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ เฉลี่ยวันละ ๘๘, ๗๖, และ ๘๖ ราย ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาตาล, ๒๕๖๕) มีพยาบาลผู้ปฏิบัติทั้งหมด ๘ คน จากการจากการทบทวนคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาล ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า ความครบถ้วนสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์พยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๕๐ , ๕๑ และ ๔๘ ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลนาตาลที่กำหนดไว้

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ว่าต้องมีความถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ ๘๐ (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาตาล, ๒๕๖๕) ทั้งนี้พบประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ ๑) การประเมินสภาพผู้ป่วย พบว่าไม่มีการประเมินระดับความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัวทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การบันทึกอาการและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน ๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลบันทึกเฉพาะปัญหาด้านร่างกาย ขาดการบันทึกปัญหาด้านจิตใจ และด้านสังคม การวินิจฉัยปัญหาทางกายนั้นพบว่าไม่มีการบันทึกขอวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือมีการบันทึกขอวินิจฉัย ทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ขาดการวางแผนโรคประจำตัวเดิมของผู้ป่วย ๓) การบันทึกการวางแผนการพยาบาล พบว่าไม่มีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลหรือกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๔) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล พบว่าพยาบาลบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การระบุเวลาในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลไม่ต่อเนื่องหรืออาจเกิดความซ้ำซ้อน ส่วนใหญ่เป็นระบบบันทึกการรักษาของแพทย์ ๕) การบันทึกการประเมินผลการพยาบาล พบว่าไม่มีการบันทึกผลการพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และไม่มีการบันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายหรือย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยใน ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการที่ถูกต้อง ครบถ้วนหรือขาดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการต่ำกว่ามาตรฐานการรักษาพยาบาล (กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาตาล, ๒๕๖๕)

ดังนั้นในฐานะหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยศึกษาปัญหา ระดมความคิดร่วมกับพยาบาลในหน่วยงานในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทำให้การบันทึกทางการพยาบาลของหน่วยงานเป็นไปตามมาตรฐาน มีความถูกต้อง ความครบถ้วน ชัดเจน และมีความต่อเนื่อง ที่จะแสดงให้เห็นถึงคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อประโยชน์สูงสุดในการบริการพยาบาล เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและองค์กรได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากทบทวนการบันทึกทางการพยาบาลที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาล ที่ผ่านมา พบว่าความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลต่ำกว่าเป้าหมายของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนาตาลที่กำหนดไว้ ทั้งนี้พบประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ ๑) การประเมินสภาพผู้ป่วย พบว่าไม่มีการประเมินระดับความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัวทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง การบันทึกอาการและอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลไม่ครบถ้วน ๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลบันทึกเฉพาะปัญหาด้านร่างกาย ขาดการบันทึกปัญหาด้านจิตใจ และด้านสังคม การวินิจฉัยปัญหาทางกายนั้นพบว่าไม่มีการบันทึกขอวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือมีการบันทึกขอวินิจฉัย ทางการพยาบาลไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ๓) การบันทึกการวางแผนการพยาบาล ขาดการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลหรือกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่สอดคล้องข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๔) การบันทึกกิจกรรมการพยาบาล พบว่าพยาบาลบันทึกกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง ๕) การบันทึกการ ประเมินผลการพยาบาล ขาดการบันทึกผลการพยาบาลโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และขาดการบันทึกสภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้ ผู้ป่วยได้รับบริการต่ำกว่ามาตรฐานการรักษาพยาบาล

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าบันทึกทางการแพทย์มีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน องค์การสุขภาพใดที่มีปัญหาเรื่องการบันทึกทางการแพทย์ที่ไม่มีคุณภาพมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางการแก้ไขปัญหการบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement (CQI) เป็นวิธีการพัฒนาคุณภาพชนิดหนึ่งที่น่าสนใจใช้ครั้งแรกโดย ดับเบิลยู เอ็ดเวิร์ด (Deming, ๑๙๙๓) โดยการนำวงจรพีดีซีเอ (PDCA) มาใช้ต่อมาได้มีการประยุกต์วงจร PDCA ให้มีความชัดเจนและเพิ่มขึ้นตอนมากขึ้นรวมทั้งได้เปลี่ยนชื่อเป็น FOCUS-PDCA (Deming as cited in McLaughlin & Kaluzny, ๑๙๙๙) ใน FOCUS-PDCA จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำแนวคิด FOCUS - PDCA มาเป็นกรอบในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน อาทิเช่น การศึกษาของ อภิวัน ชาวดง (๒๕๕๘) ทำการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเถิน จังหวัดลำปาง ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ ๓๕.๒ เป็นร้อยละ ๘๖.๒๘ การศึกษาของอรรณ ณ ลำปางและดอกไม้ บุตรดา (๒๕๖๔) พบว่าการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ ๕๑.๖๕ เป็น ร้อยละ ๘๘.๔ กระบวนการ FOCUS-PDCAสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ได้ ผู้บริหารพยาบาลสามารถนำกระบวนการนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการการบันทึกทางการแพทย์ในหน่วยงานได้ FOCUS - PDCA ประกอบด้วย ๙ ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

๑. ค้นหากระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (F: Find a Process to Improve) ทำการประเมินคุณภาพ บันทึกทางการแพทย์ก่อนการพัฒนาคุณภาพ

๒. สร้างทีมให้รู้และเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ (O: Organize Team that Knows the Process) แบ่งพยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ออกเป็น ๒ ทีมคือ ๑) ทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ ประกอบด้วย หัวหน้าและพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งเป็นสมาชิกทีมตรวจเวชระเบียนโรงพยาบาลนาตาล และเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์ ๒) ทีมผู้ปฏิบัติการพยาบาล

๓. สร้างความกระจ่างในกระบวนการที่ทำอยู่ในปัจจุบัน (C: Clarify Current Knowledge of Process) โดยประชุมร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ เพื่อทบทวนกระบวนการบันทึกทางการแพทย์ที่ได้ปฏิบัติในปัจจุบัน

๔. ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการ (U: Understand Causes of Process Variation) ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประชุมร่วมกัน เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาการบันทึกทางการแพทย์

๕. เลือกกระบวนการที่ต้องการปรับปรุง (S: Select the Processes Improve) ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประชุมระดมสมองเลือกแนวทาง ในการแก้ไขการ บันทึกทางการแพทย์ ตามสาเหตุที่ค้นพบ และตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหโดย พิจารณาจากคะแนนความเป็นไปได้ในการปรับปรุง

๖. วางแผนในการปรับปรุง (P: Plan) ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ ประชุมร่วมกัน เพื่อนำแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขสาเหตุ ที่ทำให้การบันทึกทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน โดยนำแนวทางทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญและกำหนดจำนวนพยาบาลที่ต้องเข้าร่วมจำนวนครั้งที่ดำเนินการ เลือกสถานที่กำหนดวัน และระยะเวลาดำเนินการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๗. นำไปปฏิบัติ (D: Do) ทีมพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจัดประชุมชี้แจงพยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน เกี่ยวกับแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ปรับปรุงแนวทางการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแบบประเมินคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้เข้าใจ นำไปทดลองบันทึก เป็นระยะเวลา ๑ สัปดาห์

๘. ตรวจสอบผลการปฏิบัติ(C: Check) เมื่อสิ้นสุดตามระยะเวลาที่กำหนดทีมพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หลังการพัฒนาคุณภาพ นำผลที่ได้จากการตรวจสอบมาพิจารณาร่วมกับร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพ ว่าคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

๙. ยืนยันการดำเนินการเพื่อให้เกิดผลที่ดีและนำไปปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (A: Act to Hold the Gain and Continue Improvement) พิจารณาผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินการพัฒนาว่า ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ ประชุมสรุปเพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะกรณีที่ไม่เป็นตามเป้าหมายต้องดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป กรณีที่เป็นไปตามเป้าหมายดำเนินการนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้ให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลทราบเพื่อพิจารณาประกาศใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติของหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาล โดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCA

๒. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาล โดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCA

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. คุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาล โดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCAที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

๒. การบันทึกทางการแพทย์พยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาล โดยใช้แนวคิด FOCUS-PDCA หลังการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนา

๓. พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลนาตาลมีความพึงพอใจในการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลหลังจากใช้แนวคิด FOCUS-PDCA

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล >ร้อยละ ๘๕

๒. จำนวนอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลระดับ D ขึ้นไป เท่ากับ ๐

๓. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ >ร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ)

(นางสาวสายชล ชินภรณ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๑/มกราคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒ .ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ -๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำราวิชาการ ทบทวนความรู้ ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลมาใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดังนี้

๓.๑ ความรู้เรื่องปอดอักเสบในผู้สูงอายุ (Pneumonia in the Elderly) พยาธิสภาพ สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อน วิธีป้องกัน และการพยาบาล

๓.๒ ความรู้เรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis)เป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนอง ต่อการอักเสบทั่ว ร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อ และ การทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด การติดเชื้อ(sepsis) มีทั้งการติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือชุมชน (Community-acquired sepsis) และการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired sepsis) มาตรฐานการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล (CPG/CNPG septic shock) และการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงโดยการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง (sepsis screening tools) ได้แก่ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS), SOS score (search out severity) และ Modified Early Warning Score (MEWS)

๓.๓ ความรู้เรื่องภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) ที่เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล

๓.๔ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High Flow Nasal Cannula : HFNC)

๓.๕ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมและ on warfarin

๓.๖ การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

๓.๗ แนวปฏิบัติในการประเมินและรวบรวมข้อมูลแบบแผนสุขภาพโดยใช้๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๓.๘ การใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน และการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้ ๗ Aspect of care ศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายในการประเมิน วางแผน เฝ้าระวัง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

๓.๙ การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมิน เฝ้าระวัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาหลายระบบ และต้องใช้ความรู้ความสามารถเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการพยาบาลผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ / ประเด็น / ที่มา

ปอดอักเสบชุมชน (community-acquired pneumonia, CAP) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ พบได้บ่อยเป็น ๑ ใน ๕ อันดับแรกของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดในบรรดาโรคที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด จากข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้ป่วย^๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๓ พบจำนวนผู้ป่วย ๑๓๒,๙๙๑ ราย เสียชีวิต ๑๐๗ ราย อัตราป่วย ๒๐๐.๒๕ ต่อประชากรแสนคน ปี๒๕๖๔ พบจำนวนผู้ป่วย ๑๑๔,๕๔๔ราย

^๑ ระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.๕๐๖)กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เสียชีวิต ๑๑๔ ราย อัตราป่วย ๑๗๒.๔๗ ต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๕ พบจำนวนผู้ป่วย ๑๗๙,๒๑๑ ราย เสียชีวิต ๑๗๖ ราย อัตราป่วย ๒๔๘.๗๖ ต่อประชากรแสนคน จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดอันดับ๑ในปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๔ ๒๕๖๕ โดยพบอัตราป่วย ๔๓๑.๘๙ ๕๑๙.๓๓ และ๗๒๓ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจากข้อมูลเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี ๒๕๖๓ ปี ๒๕๖๔ และ ปี๒๕๖๕ (ข้อมูล ๙ เดือน) พบจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ ๓๖,๐๓๙ ราย ๒๙,๙๒๒ ราย และ ๒๐,๙๘๗ ราย ตามลำดับ^๒ และมีอัตราการตาย (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๒๕) ๙.๓๘% ๗.๖๓% ๘.๔๓% ตามลำดับ แยกเฉพาะข้อมูลจังหวัดอุบลราชธานีพบจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ ๑๕,๖๗๗ ราย ๑๓,๕๓๖ ราย และ๑๐,๔๕๖ ราย ตามลำดับ และมีอัตราการตาย(เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๒๕) ๑๑.๔๘ % ๘.๑๒ % และ ๑๐.๑๔ % ตามลำดับ จากสถิติโรงพยาบาลม่วงสามสิบปี๒๕๖๔-๒๕๖๖(ปี๒๕๖๖ข้อมูล ๖เดือน) ผู้ป่วยปอดอักเสบพบมากเป็นอันดับ ๑ของผู้ป่วยที่นอนรักษา และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ๑ ดังนี้ ๒๓% ๑๙.๑% และ ๓๓.๓๓% ตามลำดับ^๓

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบแนวโน้มสูงขึ้นนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่(Area base)

ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวทำให้อาการแสดงไม่ชัดเจนญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ประกอบกับอยู่ในช่วงหลังการระบาดของไวรัส covid-๑๙ ที่มีการเว้นระยะห่างทางสังคมทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้าหลังมีอาการจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤต ฉกฉวยระยะกึ่งวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย เพราะแต่ละระยะสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการประเมินภาวะ pneumonia รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsisอย่างชำนาญ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้ อย่างมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis)เป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนอง ต่อการอักเสบทั่ว ร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและ การทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลว จนนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ๑ ใน ๕ ของอัตรา

การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี ๒๕๖๓ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ความชุกของ sepsis ประมาณ ๗๕-๑๕๐ รายต่อ ๑๐๐,๐๐๐ ประชากร หรือ มากกว่า ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ รายต่อปี และมีอัตราการ เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ ๖๒-๗๓.๙๓ จากสถิติข้อมูลปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖^๔ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของประเทศดังนี้ ๓๔.๑๔% ๓๕.๔๓% และ ๒๙.๗๕% ตามลำดับ ข้อมูลของจังหวัดอุบลราชธานี ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงดังนี้ ๓๔.๔๔ % ๓๕.๕๖% ๒๙.๙๑% ตามลำดับ และข้อมูลของโรงพยาบาลม่วงสามสิบดังนี้ ๖.๓๘ % ๗.๙% และ ๕.๘๘ % ตามลำดับ ซึ่งโรคติดเชื้อที่อาจทำให้เกิดภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หนองในอักเสบ เป็นต้น

ผู้ป่วย Sepsis ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างรวดเร็ว จะทำให้เข้าสู่ภาวะ Septic shock และเสียชีวิตเนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลว บทบาทของพยาบาลผู้ป่วยในที่จะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้อง มีความรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลือ การดูแล

^๒ เอกสารนำเสนอประกอบการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๐ รอบที่๒/๒๕๖๕ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

^๓ ข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

^๔ https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=๑

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด นับว่าเป็น ความท้าทายของพยาบาลในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ และฝึกฝนทักษะขั้นสูงในการจัดการกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อกและระบบไหลเวียนกลับสู่ ภาวะปกติให้เร็วที่สุด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน รอดพ้นจากระยะวิกฤต สามารถเข้าสู่ ระยะฟื้นฟู และจำหน่ายกลับบ้านได้ ดูแลตนเองได้ดี ไม่กลับมาป่วยซ้ำอีกใน ๑ เดือน

๔.๒ เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยเสกที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพและการเตรียมจำหน่ายที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ส่งเสริมการหายและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำได้

๔.๓ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมวังสามสิบ

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๖๖

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๖

๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๔.๑ ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบย้อนหลัง ๓ ปี

๔.๔.๒ เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน ๒ ราย

เนื่องจากโรคปอดอักเสบเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ ปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่ จะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวทำให้อาการแสดงไม่ชัดเจน จึงมารักษาล่าช้าซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิด ภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้

๔.๔.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๔.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค,โรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ศึกษาค้นคว้า ทบทวนองค์ความรู้จากเอกสารตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานการดูแลรักษาและมาตรฐานการ พยาบาล รวมถึงกรอบแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่เลือกศึกษา

๔.๔.๕ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

๔.๔.๖ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโดยวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแล วางแผนการดูแลผู้ป่วยใน ระยะวิกฤตและทุกระยะ โดยนำความรู้ทางวิชาการที่ได้จากการค้นคว้า จากผลการตรวจร่างกาย อาการ อาการ แสดง การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คู่มือการैया มาตรฐานการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการ พยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๔.๔.๗ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการพยาบาล วางแผนการ พยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนด และประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาล ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะตั้งแต่วินิจฉัยใหม่ ระยะต่อเนื่อง จนถึงจำหน่ายผู้ป่วย

๔.๔.๘ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๔.๙ สรุปผลการศึกษา

๔.๔.๑๐ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๔.๑๑ เผยแพร่ผลงาน

๔.๕ สารสำคัญ

กรณีศึกษารายที่ ๑

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๘ ปี ประวัติเดิมมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติและลิ้นหัวใจรั่วที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมปี ๒๕๔๖ วันที่ ๑๑ มีค. ๒๕๖๖ มาด้วยประวัติ ๓ วัน PTA ใช้ ไอ เหนื่อย ปัสสาวะบ่อย ๕ ชม. PTA ใช้สูงหอบมากขึ้น เจ็บหน้าอกซ้าย แพทย์วินิจฉัย Pneumonia Lobar with Sepsis with acute renal failure V/S แกร็บ T=๓๙ °C, P=๙๔ ครั้ง/วินาที, RR=๒๘ ครั้ง/วินาที, BP ๑๓๗/๖๒ mmHg, O₂ Sat ๙๕ % เหนื่อย GCS=๑๕ SOS SCORE แกร็บ ๔ คะแนน ผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis มีภาวะพร่องออกซิเจนจากพยาธิสภาพที่ปอด รับไว้รักษา ณ หอผู้ป่วยในพยาบาลดูแลให้ได้รับออกซิเจนด้วย High Flow Nasal Cannula FiO₂ ๐.๔ Flow rate ๖๐ LPM พ่นยา ดูแลให้ยา Antibiotics ตามแผนการรักษา เป็น Ceftazidime, Clindamycin ผู้ป่วยมีภาวะ AKI และมีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีไข้สูงและการเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติจากการติดเชื้อ มีภาวะซีด Hct. ๒๒% ได้รับเลือด PRC ๒ unit Hct หลังได้รับเลือด Hct ๒๘ % ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย High Flow Nasal Cannula ต่อเนื่อง ๗ วัน อาการดีขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วย wean off High Flow Nasal Cannula ได้ในวันที่ ๗ ของการรักษาและเปลี่ยนเป็น Oxygen cannular และ wean off oxygen หายใจได้เองในวันที่ ๑๒ ของการนอนรักษา ประสานนักกายภาพบำบัดให้มาช่วยฟื้นฟูสภาพปอด ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา Antibiotics ครบ ๑๔ วัน จึงได้จำหน่ายกลับบ้าน อาการทุเลา รวมระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ๑๕ วัน

กรณีศึกษารายที่ ๒

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๙ ปี ประวัติ ODL CVA /HT และประวัติ COPD ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ มาด้วย ๕ วันก่อนมารพ. มีไอ มีเสมหะ ๑ วันก่อนมาไอ มีเสมหะมากขึ้น ๒ ชม. ก่อนมา มีไข้ ไอ หายใจหอบมาก เหนื่อย แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Sepsis v/s แกร็บ BT ๔๑.๑ °C RR ๔๐ /min PR ๑๐๘ /min BP ๑๒๓/ ๖๓ mmHg O₂ Sat ๙๖ % GCS= ๑๕ SOS SCORE แกร็บ ๖ คะแนน แกร็บผู้ป่วยมีภาวะ ARDS มีภาวะ Sepsis มีภาวะพร่องออกซิเจนจากพยาธิสภาพที่ปอด ดูแลให้สารน้ำ ๐.๙ NaCl ๑๐๐๐ ml IV infusion load ๕๐๐ cc/hr x ๒ then ๘๐ cc/hr ดูแลให้ได้รับออกซิเจนด้วย High Flow Nasal Cannula FiO₂ ๐.๔ Flow rate ๔๐ LPM พ่นยา Berodual (๒:๒) Inh q ๖ hr Salbutamol MDI (๐.๑mg) ๒ puff , Salmeterol+fluticasone MDI (๒๕/๑๒๕) ๔ puff bid ดูแลให้ยา Antibiotics ตามแผนการรักษา เป็น Ceftriaxone, Roxithomycin วันที่ ๔ ของการรักษา แพทย์เปลี่ยน Antibiotics เป็น Ceftazidime และผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย High Flow Nasal Cannula ต่อเนื่อง ๗ วัน อาการดีขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วย wean off High Flow Nasal Cannula ได้ในวันที่ ๗ ของการรักษาและเปลี่ยนมาเป็น Oxygen cannular และ wean off oxygen หายใจได้เองในวันที่ ๙ ของการนอนรักษา ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยา Antibiotics ครบ ๗ วัน จึงได้จำหน่ายกลับบ้าน อาการทุเลา รวมระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ๑๐ วัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นเพศชาย สูงอายุ มีโรคประจำตัว ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอักเสบทั้ง ๒ ราย มีอาการสำคัญนำส่ง การวินิจฉัยโรคคล้ายคลึงกัน และมีความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ชนิดเดียวกัน อย่างน้อย ๑ ITEM และได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตรา การไหลสูงทางจมูก (High –flow nasal cannula) เหมือนกัน

ผู้ป่วยรายที่ ๑ มีความรุนแรงของโรคในระยะวิกฤตแรกรับน้อยกว่า แต่มีระยะเวลาในการรักษามากกว่า ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีความรุนแรงคือกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลันในระยะวิกฤตแรกรับที่มากกว่า แต่ใช้ ระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่า ทั้งนี้จากการวิเคราะห์พบว่าเป็นผลจากการดูแลของทีมที่มีประสิทธิภาพ จากองค์ ความรู้ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยรายที่ ๑ และปัจจัยส่งเสริมความรุนแรงที่แตกต่างน่าจะเกิดจากโรคประจำตัวเดิมของ ผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

และจากการศึกษาพบว่าโรคปอดอักเสบที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนตั้งแต่เล็กน้อยถึงระดับปานกลาง เมื่อ ได้รับการรักษาด้วย ด้วยการให้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High –flow nasal cannula) ซึ่งเป็นเทคโนโลยีค่อนข้างใหม่ ตั้งแต่เริ่มมีอาการเพื่อป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่ หลังได้รับการ รักษาผู้ป่วยทั้ง ๒ รายอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน จนกระทั่งหายใจได้เองและจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

เพื่อลดอัตราการตายจากโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาร้อยละ ๒๒ ผลการเก็บรวบรวมผลงานข้อมูลสถิติด้านบริการผู้ป่วย Pneumonia/Sepsis/Septic shock ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมวังสามสิบ

รายละเอียดข้อมูล	ปี๒๕๖๖	หมายเหตุ
๑. การพยาบาลผู้ป่วยโรค Pneumonia	๖๙๑	
๒. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis	๔๒๖	
๓. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock	๗๔	
๔. อัตราตายผู้ป่วย Pneumonia	๒.๘๙	ไม่รวมกลุ่ม palliative และ bed ridden
๕. อัตราการ Refer Pneumonia	๙.๓๒	
๖. อัตราตายผู้ป่วย sepsis/septic shock (เป้าหมาย < ๓๐%)	๕.๖๖	
๗. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยา Antibiotic (เป้าหมาย ≥ ๙๐%)	๙๕.๘๙	
๘. อัตราการได้รับยา Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) (เป้าหมาย ≥ ๙๐%)	๑๐๐	

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

เชิงปริมาณ (ต่อ)

เพื่อลดอัตราการตายจากโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษา ≤ร้อยละ ๒๒ ผลการเก็บรวบรวมผลงานข้อมูลสถิติด้านบริการผู้ป่วย Pneumonia/Sepsis/Septic shock ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมวังสามสิบ

รายละเอียดข้อมูล	ปี๒๕๖๖	หมายเหตุ
๙. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) (เป้าหมาย ≥ ๙๐%)	๙๘	

เชิงคุณภาพ

ผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๒ ราย ที่มานอนรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมวังสามสิบ โดยมีการประเมินปัญหาความต้องการ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหา และความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การใช้ยาและเครื่องมือพิเศษต่างๆ ให้การพยาบาล ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤต บรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องตลอด ๒๔ ชั่วโมงในระหว่างอยู่หอผู้ป่วย ครอบคลุมการดูแลแรกรับ ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และการติดตามหลังจำหน่าย สอนแนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายกลับบ้านได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และได้ยาปฏิชีวนะภายใน ๖๐ นาที
๒. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High-flow nasal cannula) ตั้งแต่แรกรับที่มีภาวะพร่องออกซิเจนเล็กน้อยถึงระดับปานกลาง ทำให้ปลอดภัยจากภาวะการหายใจล้มเหลว ป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่
๓. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน
๔. บุคลากรได้มีการสืบค้นความรู้จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. สามารถนำกรณีตัวอย่าง มาศึกษา วิเคราะห์ กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตและนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการการพยาบาล และการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีคุณภาพ
๖. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์

- ๖.๑ ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อ
- ๖.๒ เป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในและนอกหน่วยงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์(ต่อ)

๖.๓ เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้สนใจศึกษา

๖.๔ ใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นผู้สูงอายุ มาโรงพยาบาลด้วยอาการไข้ ไอ หอบมาก โดยที่มีอาการเริ่มป่วย ๔- ๕ วันก่อนมาโรงพยาบาลแต่ไม่ได้มาตรวจรักษาเนื่องจากอาการแสดงไม่ชัดเจนผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าไม่เป็นอะไร มาก จนมีอาการมากขึ้น มาถึงโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤติ

กรณีศึกษารายที่ ๑ ชายไทยอายุ ๖๘ ปีประวัติเดิมมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วที่ได้รับการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติและลิ้นหัวใจรั่วที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไส้ลิ้นหัวใจเทียมปี ๒๕๔๖ แพทย์วินิจฉัย Pneumonia Lobar with Sepsis with acute renal failure แกรับผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด SOS SCORE แกรับ ๔ คะแนน มีภาวะพร่องออกซิเจนจากพยาธิสภาพที่ปอด มีภาวะไตวายเฉียบพลัน และมีภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากมีไข้สูงและการเผาผลาญของเซลล์ผิดปกติจากการติดเชื้อ มีภาวะซีด Hct.๒๒ % ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างเนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุ และโรคประจำตัวเดิมคือโรคหัวใจ ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ติดเชื้อได้ง่าย และหลังติดเชื้อทำให้เกิดอาการรุนแรง หากรักษาไม่ทัน การดูแลไม่ได้ตามมาตรฐานการรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน CPG และมาตรฐานการพยาบาล CNPG sepsis/septic shock พยาบาลดูแลให้ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก พันยา ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเร็วตามเวลาคือภายใน ๑ ชั่วโมง ได้รับสารน้ำเพียงพอ ได้รับเลือด PRC ๒ unit Hct หลังได้รับเลือดเพิ่มเป็น ๒๘ % ไตเริ่มทำงานดีขึ้น อัตราการกรองของไตดีขึ้น eGFR จาก ๔๗.๒ เป็น ๘๙.๑ และ ๙๒.๓ตามลำดับ ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมนอนบนเตียงตลอด เนื่องจาก on High Flow Nasal Cannula ตลอด ๗ วันต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด อีกทั้งญาติจะมาเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามเวลา ไม่ได้อยู่ด้วยตลอดเวลา พยาบาลจึงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในการรักษาพยาบาลตลอดจนการดูแลช่วยเหลือสุขวิทยาส่วนบุคคล เสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วย ฝึกหยาเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงจนสามารถหย่าเครื่องได้ในวันที่ ๑๒ ของการนอนรักษา และประสานนักร่างกายภาพเข้ามาฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ป้องกันภาวะปอดแฟบ สอนการไอ การหายใจ จนผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง และ off ออกซิเจนได้ ผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีอาการหอบเหนื่อย และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อาการทุเลา รวมวันนอนโรงพยาบาล ๑๕ วัน

กรณีศึกษารายที่ ๒ ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๙ ปี ประวัติ COPD ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ มีประวัติสูบบุหรี่วันละ ๒๐ มวนมา ๒๐ กว่าปี มาด้วย ๕ วันก่อนมามีไอ มีเสมหะ ๑ วันก่อนมาไอ มีเสมหะมากขึ้น ๒ ชม.ก่อนมา มีไข้ ไอ หายใจหอบมาก เหนื่อย แพทย์วินิจฉัย Pneumonia with Sepsis v/s SOS SCORE แกรับ ๖ คะแนน แกรับ ผู้ป่วยมีภาวะ Severe Sepsis และมีภาวะ ARDS ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้เนื่องจากมีภาวะพร่องออกซิเจนและจากพยาธิสภาพที่ปอดเดิม เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และโรคประจำตัวเดิมคือ COPD ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ พยาบาลดูแลให้ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก(High Flow Nasal Cannula: HFNC) ดูแลพันยา Berodual (๒:๒) Inh q ๖ hr Salbutamol MDI (๐.๑mg) ๒puff ,Salmeterol+fluticasone MDI(๒๕/๑๒๕) ๔ puff bid ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยา Antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเร็วตามเวลาคือภายใน ๑ ชั่วโมง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับยา Antibiotic ทั้งกลุ่มCephalosporin รุ่นที่ ๓ และยาในกลุ่ม Macrolide รุ่นใหม่ ใน ๔ วันแรกของการรักษา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยยังมีไข้สูงตลอด หายใจหอบเหนื่อย แพทย์เปลี่ยน Antibiotics จาก Ceftriaxone เป็น Ceftazidime ส่วน roxithomycin ให้ต่อเนื่องเดิม ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน CPG และมาตรฐานการพยาบาล CNPG sepsis/septic shock ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมนอนบนเตียงตลอด เนื่องจาก on HFNC ตลอด ๗ วันต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลจึงเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งในการรักษาพยาบาลตลอดจนการดูแลช่วยเหลือสุขวิทยาส่วนบุคคล เสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ผึกหยาเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง จนผู้ป่วยอาการดีขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วย wean off High Flow Nasal Cannula ได้ในวันที่ ๗ ของการรักษาและเปลี่ยนมาเป็น Oxygen cannula และ wean off oxygen หายใจได้เองในวันที่ ๙ ของการนอนรักษา ได้รับยา ATB ครบ ๗ วัน จึงได้ D/C อาการทุเลา รวมระยะเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ๑๐ วัน

จากปัญหาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเดิมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการของโรคมีความรุนแรง ดังนั้นในการดูแลต้องมีความละเอียดอ่อนในการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ มีโรคหลักและโรคร่วมหลายอย่างส่งผลทำให้มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ทั้งระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบโลหิตวิทยา เป็นต้น ประกอบกับทักษะการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่โรงพยาบาลชุมชนยังไม่เคยมี พยาบาลที่ดูแลต้องมีทักษะเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต การบริหารยากลุ่มเสี่ยงสูง การช่วยชีวิตขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลายระบบตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงต้องมีสมรรถนะด้านการสอน ถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชน ด้านการประเมินคัดกรองผู้ป่วยภาวะวิกฤต การใช้เครื่องมือประเมินผู้ป่วย sepsis/septic shock ได้แก่ SIRS, SOFA score, SOS score และ MEWS score ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา CPG และมาตรฐานการพยาบาล CNPG sepsis/septic shock ให้ได้เกณฑ์เป้าหมายตามตัวชี้วัดได้แก่ การเจาะเลือดส่งเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ การให้ยาปฏิชีวนะ ที่เร็วและทันเวลาภายใน ๑ ชั่วโมง การให้สารน้ำที่เพียงพอตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยรายกรณี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยปอดอักเสบและผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง เป้าหมายคือน้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ปี ๒๕๖๖ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕.๖๖ รวมทั้งการเสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง ๒ รายเป็นผู้สูงอายุและมี โรคประจำตัวเดิมนับเป็นกลุ่มเสี่ยงและมีความพร่องความรู้ของโรค และด้านการปฏิบัติตัวต่างๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวคือบทบาทที่สำคัญของพยาบาล พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าการยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง รวมทั้งคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการรักษาชีวิตและสุขภาพให้พ้นจากภาวะของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการ Re-admit

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับทั้ง ๒ รายนี้เป็นโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รายที่ ๑ มีภาวะ AKI ร่วมด้วย ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายเป็นปอดอักเสบจากชุมชน (Community Acquired Pneumonia) เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี และมีโรคประจำตัวเดิมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ทำให้ภูมิคุ้มกันโรครุนแรง และในชุมชนมีสภาพแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เช่น ฝุ่นละออง ควั่นจากการเผาขยะเผาถ่านต่างๆ สภาพบ้านที่ไม่ถูกสุขลักษณะ สภาพร่างกายผู้ป่วยที่ไม่แข็งแรง/ ผอม ผู้ป่วยรายที่ ๑ มี BMI ๑๙.๓ รายที่ ๒ BMI ๑๘.๓ สุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี ญาติมีเวลาดูแลน้อยเนื่องจากต้องไปทำงานนอกบ้านในเวลากลางวัน เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแรกๆ อาการแสดงยังไม่ชัดเจนผู้ป่วยคิดว่าคงไม่เป็นอะไร ญาติไม่ทราบอาการด้วย อีกทั้งเป็นช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่มีการเว้นระยะห่างทางสังคมและภาวะพร่องความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้าจนมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง ๒ รายนี้เป็นโรคปอดอักเสบจากชุมชนที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำเกิดการติดเชื้อได้ง่ายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ septic shock และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง การดำเนินโรคเร็ว รุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและประเมินสภาพผู้ป่วย ดังนั้นจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา CPG และมาตรฐานการพยาบาล CNPG sepsis/septic shock ทุกขั้นตอน การดูแลรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะ ที่เร็วและทันเวลาภายใน ๑ ชั่วโมง ดูแลสารน้ำให้พอตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยรายกรณี มีผลทำให้ลดอัตราการตายได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยขณะนอนรักษาในหอผู้ป่วยทุกระยะ การใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง เป็นเวลานาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคิดหาวิธีที่ดีที่สุด มาประกอบการดูแลผู้ป่วยที่หลากหลาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนั้นนอนโรงพยาบาลนาน ๑๕ วัน และ ๑๐ วันแต่สามารถหย่าเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง และออกซิเจนได้สำเร็จ และจำหน่ายกลับบ้านได้ในที่สุด การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนี้ก็จำเป็นมากเนื่องจากการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้หากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ดังนั้นการให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการพัฒนา ระบบคัดกรอง/ประเมินผู้ป่วยในรพสต. จัดทำแนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รพ.สต. และโรงพยาบาล จัดทำระบบ Pneumonia/ Sepsis fast tract เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต และลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และเพิ่มทักษะของบุคลากรทุกระดับทั้งเรื่องการดูแล และการใช้เครื่องมือ/เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานด้วยวาจา ในโครงการประชุมวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ "ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI" รุ่นที่ ๒ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียว ให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑) นางกรรณิการ์ คุปติธรรมา สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางกรรณิการ์ คุปติธรรมา)

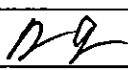
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 2 ธันวาคม 2567

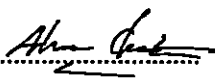
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. นางกรรณิการ์ คุปติธรรมา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นางนุชนาต ศุกลักษณ์)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) ๒ / ๒๗ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

ลงชื่อ 

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

ตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ

(วันที่) ๒ / ๒๗ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบด้วย CURB ๖๕ SCORE

๒. หลักการและเหตุผล

ปอดอักเสบชุมชน (community-acquired pneumonia, CAP) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของ ประเทศ พบได้บ่อยเป็น ๑ ใน ๕ อันดับแรกของโรคที่ต้องเฝ้าระวังและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต มากที่สุดในบรรดาโรคที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด โดยเฉพาะปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่จะเกิดกับ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวทำให้อาการแสดงไม่ชัดเจน จึงมารักษาล่าช้าซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ จาก ข้อมูลรายงานสถานการณ์ผู้ป่วย^๔ ปีพ.ศ.๒๕๖๓ พบจำนวนผู้ป่วย ๑๓๒,๙๙๑ ราย เสียชีวิต ๑๐๗ ราย อัตราป่วย ๒๐๐.๒๕ ต่อประชากรแสนคน ปี๒๕๖๔ พบจำนวนผู้ป่วย ๑๑๔,๕๔๔ ราย เสียชีวิต ๑๑๔ ราย อัตราป่วย ๑๗๒.๔๗ ต่อ ประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๕ พบจำนวนผู้ป่วย ๑๗๙,๒๑๑ ราย เสียชีวิต ๑๗๖ ราย อัตราป่วย ๒๔๘.๗๖ ต่อประชากร แสนคน จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดอันดับ๑ในปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๔ ๒๕๖๕ โดยพบอัตราป่วย ๔๓๑.๘๙ ๕๑๙.๓๓ และ๗๒๓ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และจากข้อมูลเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี ๒๕๖๓ ปี ๒๕๖๔ และ ปี๒๕๖๕ (ข้อมูล ๙ เดือน) พบจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ ๓๖,๐๓๙ ราย ๒๙,๙๒๒ ราย และ ๒๐,๙๘๗ ราย ตามลำดับ^๖ และมีอัตราการตาย(เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๒๕) ๙.๓๘% ๗.๖๓% ๘.๔๓% ตามลำดับ แยก เฉพาะข้อมูลจังหวัดอุบลราชธานีพบจำนวนผู้ป่วยปอดอักเสบ ๑๕,๖๗๗ ราย ๑๓,๕๓๖ ราย และ๑๐,๔๕๖ ราย ตามลำดับ และมีอัตราการตาย(เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๒๕) ๑๑.๔๘ % ๘.๑๒ % และ ๑๐.๑๔ % ตามลำดับ จากสถิติ โรงพยาบาลมวังสามสิบปี๒๕๖๔-๒๕๖๖(ปี๒๕๖๖ ข้อมูล ๖ เดือน) ผู้ป่วยปอดอักเสบพบมากเป็นอันดับ ๑ ของผู้ป่วยที่ นอนรักษา และมีอัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ๑ ดังนี้ ๒๓ % ๑๙.๑ % และ๓๓.๓๓% ตามลำดับ”

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะปอดอักเสบตั้งแต่เริ่มมีอาการในชุมชนโดยให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.สามารถประเมินอาการ อาการแสดงและอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ก่อนการ ส่งต่อ และส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย

๒. เพื่อให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม pneumonia เป็นระบบ fast tract ในโรงพยาบาล มีระบบการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยที่สงสัยภาวะปอดอักเสบ และประเมินระดับความรุนแรงในการให้การรักษา เพื่อให้ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๓. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเหมาะสม

๔. เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย pneumonia ที่มีภาวะแทรกซ้อน ระหว่างเครือข่ายรพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์และ รพ ๕๐ พรรษา เป็น ระบบ fast tract เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้บุคลากรมีสมรรถนะในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วยที่สงสัยภาวะปอดอักเสบ และประเมินระดับความ รุนแรงในการให้การรักษาทั้งเครือข่าย

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

๓. เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย pneumonia

^๔ระบบรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง.๕๐๖)กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

^๖เอกสารนำเสนอประกอบการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ ๑๐ รอบที่๒/๒๕๖๕ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๕

^๗ข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลมวังสามสิบ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว ทำให้อาการแสดงไม่ชัดเจน ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ ทำให้ผู้ป่วยมารักษาล่าช้าหลังมีอาการจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ การประเมินความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งแรกๆ ที่ควรทำในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นตัวกำหนดความเร่งด่วนในการรักษา กำหนดระดับของการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล (level of nursing and medical care) ว่า ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วย หรือหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การประเมินความรุนแรงของโรคควรทำตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย หลังการรักษา ๔๘ ชั่วโมง หรือเมื่ออาการของผู้ป่วยทรุดลง วิธีการประเมินความรุนแรงของโรคประกอบด้วย การประเมินประวัติ ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคร่วมที่อาจทำให้เกิดโรครุนแรง เช่น โรคหอบหืด ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคหัวใจการประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการตรวจร่างกายตามระบบ

และเนื่องจากการตรวจหาเชื้อสาเหตุของโรคปอดบวมต้อง ใช้เวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการกว่าจะทราบผล และแม้ว่าพยายามที่จะตรวจหาเชื้อสาเหตุ ก็สามารถตรวจพบได้ เพียงร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วย ส่วนการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวม สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและให้อย่างรวดเร็วภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมงหลังจากให้การวินิจฉัยและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ แพทย์ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมให้รวดเร็วขึ้น คือ ภายใน ๑ ชั่วโมง เนื่องจากทุกๆ ๑ ชั่วโมง ของการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะช้า จะทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลงร้อยละ ๘ ดังนั้นการเลือกให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมและรวดเร็ว จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการรอดชีวิต เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดบวม ให้พิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน เนื่องจากการรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่มีควมจำเป็น จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่ไม่ได้รับการพิจารณาให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ก็จะมีโอกาสเสียชีวิตได้

โรงพยาบาลม่วงสามสิบ เป็นโรงพยาบาลระดับ F๑ ขนาด ๖๐ เตียง เตียงให้บริการจริง ๔๘ เตียง ไม่มีอายุรแพทย์ ที่มำด้ำนการรักษำของโรงพยาบาลม่วงสามสิบได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคปอดอักเสบชุมชน จึงได้พัฒนาแนวทางการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ โดยใช้ CURB-๖๕ score ซึ่งใช้ง่ายสะดวกต่อการใช้งานสามารถนำมาปรับใช้เป็นของเครือข่ายอำเภอม่วงสามสิบและมีการจัดทำCNPG ในการดูแลผู้ป่วย โดย CURB-๖๕ score ประกอบด้วย ๕ parameters คือ ๑) confusion, ๒) BUN > ๗ มิลลิกรัม/ เดซิลิตร, ๓) respiratory rate $\geq$ ๓๐ ครั้ง/นาที, ๔) systolic blood pressure < ๙๐ มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic blood pressure $\leq$ ๖๐ มิลลิเมตรปรอท, และ ๕) age $\geq$ ๖๕ ปี โดยแต่ละ parameter จะมีค่าคะแนนเท่ากับ ๑ ถ้าได้ ค่าคะแนน ๐ หรือ ๑ จะจัดอยู่ในกลุ่ม low mortality ให้พิจารณาให้การรักษแบบผู้ป่วยนอก ถ้าได้ค่าคะแนน ๒ จะจัดอยู่ในกลุ่ม intermediate mortality ควรพิจารณาให้ รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้นๆ หรือรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่มีการติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด ถ้าได้ค่าคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ ๓ จะจัดอยู่ในกลุ่ม high mortality ควรพิจารณาให้รักษาแบบผู้ป่วยใน และกำหนดเกณฑ์ที่รพ.สต.มีข้อบ่งชี้การติดเชื้อ และเกณฑ์ส่งต่อมาที่โรงพยาบาล ดังนี้ ๑) ใช้สูงมากกว่า ๓๘ ค° เกิน ๘ ชั่วโมง ๒) ไอ มีเสมหะ เสมหะเปลี่ยนสี ๓) Pleuritic chest pain ๔) หายใจเร็วขึ้น RR > ๒๒ / min ๕) เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ๖) ฟัง lung มี Creptitation ถ้าพบ อย่างน้อย ๓ ใน ๖ ข้อ ให้ส่งต่อมาที่โรงพยาบาล โดยให้การดูแลรักษาเบื้องต้นและ นำส่งต่อโรงพยาบาลได้เลย

ทั้งนี้พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพและเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยทุกระยะของการดูแลรักษาตั้งแต่ การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การประเมินอาการเริ่มต้น การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะเริ่มแรก การรายงานแพทย์และประสานงาน ผู้เกี่ยวข้อง การเก็บส่งตรวจ ให้การพยาบาลในระยะวิกฤติการให้ยาตามแผนการรักษา ตลอดจน การประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังที่ต่างๆ อย่างเหมาะสม ดังนั้นการประเมินความรุนแรงผู้ป่วยโรคปอดอักเสบและวางแผนให้การรักษได้เหมาะสมก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติจึงเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลเนื่องจากต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและภาวะวิกฤติได้เร็วขึ้น และดูแลให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรงและอัตราการ

เสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญสูง รวมทั้งให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย จึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จำหน่ายกลับบ้านได้

และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากโรคปอดอักเสบชุมชนมีลักษณะทางคลินิกที่หลากหลาย เนื่องจากเชื่อที่เป็นสาเหตุมีหลายชนิดมาก มีความแตกต่างกันของโรคที่แตกต่างกันได้มาก สุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วยอาจทำให้ลักษณะทางคลินิก การตอบสนองต่อการรักษา และการพยากรณ์โรคของปอดอักเสบชุมชนในผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะกำหนดแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอักเสบชุมชนที่จะสามารถนำไปใช้ทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีแนวทางแก้ไขโดยใช้วิธีการประเมินแบบ Two-step CURB-๖๕ score โดยเริ่มพิจารณาจาก CURB-๖๕ score ก่อน ถ้าได้ค่าคะแนน ๑ หรือ ๒ ให้พิจารณา additional risk factors ว่ามีหรือไม่ซึ่งการใช้โดยเริ่มพิจารณาจาก CURB-๖๕ score ก่อน ถ้าได้ค่าคะแนน ๑ หรือ ๒ ให้พิจารณา additional risk factors ว่ามีหรือไม่ โดย additional risk factors ได้แก่ ๑) สถานภาพทางสังคม เช่น อยู่คนเดียว ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง หรืออยู่ใน nursing home ๒) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบความผิดปกติหลายกลีบ หรือเป็นทั้งสองข้าง และ ๓) อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า ๓๖ องศาเซลเซียส ซึ่งการใช้ CURB-๖๕ score นี้ จะมีการ คิดค่าคะแนนง่ายกว่าการใช้ Pneumonia severity index (PSI) score ๑ โดยทั้ง ๒ วิธีจะเป็นการประเมินผู้ป่วย เพื่อบ่งชี้ถึงโอกาสที่จะเกิดการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม ซึ่งผลการประเมินของทั้ง ๒ วิธีนี้ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาให้รักษาแบบผู้ป่วยนอกจะมี อัตราการเสียชีวิตต่ำ (outpatient, MR ๐.๑-๐.๘%) แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการพิจารณาให้การรักษแบบผู้ป่วยใน

ระยะเวลาเริ่มดำเนินการ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
๒. บุคลากรมีสมรรถนะในการคัดกรอง ประเมินความรุนแรงของโรคปอดอักเสบโดยใช้ CURB-๖๕ score และให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ปอดอักเสบ ตามบทบาทหน้าที่ทั้งเครือข่าย
๓. มีมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ปอดอักเสบ เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร
๔. เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ปอดอักเสบ ระหว่างเครือข่ายรพ.สรรพสิทธิประสงค์และ รพ ๕๐ พรรษา เป็นระบบ fast tract เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการการนำ แบบประเมินความรุนแรงของโรค (CURB-๖๕ score)ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย
๒. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล (CNPG) Pneumonia with sepsis/septic Shock > ๘๐%
๓. บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลรักษาผู้ป่วย ปอดอักเสบ ๑๐๐ %
๔. อัตราการ Refer ผู้ป่วย ปอดอักเสบ เมื่อมีข้อบ่งชี้ > ร้อยละ ๙๐
๕. อัตราตายของผู้ป่วยลดลง

(ลงชื่อ)

(นางกรรณิการ์ คุปติธรรมา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒ สิงหาคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยภาวะโพแทสเซียมสูงและมีภาวะไตเรื้อรัง : กรณีศึกษา
เปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ สิงหาคม - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นสุขและยาวนาน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องรู้ทักษะในการให้การดูแลเป็นอย่างดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ บทบาทเฉพาะของพยาบาลนั้นต้องมีการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้กระบวนการพยาบาล การใช้ Chronic Care Model ร่วมกับการดูแลตนเองของโอเร็ม และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นหลักแนวคิดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมตามบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ต้องอาศัยกระบวนการหลักและปัจจัยต่างๆหลายอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แนวคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางานมีกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการคือ

๓.๑ กายวิภาคและสรีระวิทยา

๓.๒ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน

๓.๓ การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

๓.๔ การพยาบาลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

๓.๕ การวินิจฉัยทางการพยาบาล

๓.๖ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

๓.๗ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

๓.๘ การแปรผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๓.๙ แนวทางการประสานงานและการสื่อสารข้อมูลนำไปสู่ความสำเร็จ

๓.๑๐ แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมสูงในเลือดที่บ้านของญาติ

๓.๑๑ กระบวนการให้คำปรึกษา(Counseling)

๓.๑๒ จัดทำแนวทางการรักษาของแพทย์

๓.๑๓ จัดทำแนวทางการดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่พยาบาล

๓.๑๔ จัดทำคู่มือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงครอบคลุมทุกด้านเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ

สาระสำคัญ

อุบัติการณ์ทั่วโลกพบโรคไตเรื้อรังร้อยละ ๖ - ๒๐ ของประชากร ประเทศไทยพบร้อยละ ๑๗.๕ แนวโน้มความชุกของผู้ป่วยที่รักษาโดยการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นปีละ ๑๕ - ๒๐% ใช้งบประมาณ ปีละมากกว่า ๒ หมื่นล้านบาทต่อปี และเพิ่มขึ้นทุกปี กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดเป็นนโยบายและพัฒนาเป็น Service Plan โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๑ - ๓ จะไม่แสดงอาการทำให้ผู้ป่วยร้อยละ ๙๔.๓๗ ขาดความตระหนักจนกลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕ (End Stage Kidney Disease: ESRD) ที่ต้องรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy หรือ RRT) เป็นภาระทั้งผู้ป่วยผู้ดูแล บั่นทอนคุณภาพชีวิต สาเหตุที่สำคัญของโรค CKD คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ที่มา : คู่มือการปฏิบัติการเพื่อดำเนินลดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง,กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข)

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลม่วงสามสิบ จึงได้จัดตั้งคลินิกไตเรื้อรังขึ้นในปี ๒๕๕๒ ให้บริการในวันจันทร์และอังคารของทุกสัปดาห์ ดูแลผู้ป่วย CKD จากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ ถึงระยะที่ ๕ ในปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๑,๘๙๗, ๑,๖๗๔, ๒,๓๒๕ คน ตามลำดับ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ผู้ป่วยระยะที่ ๓ - ๔ จำนวน ๑,๒๘๐, ๑,๒๒๐ และ ๑,๔๗๓ คน ระยะที่ ๕ จำนวน ๒๒๗, ๒๐๘ และ ๒๑๒ คน ตามลำดับ (CAPD = ๕๘ ราย, HD = ๑๔๕ ราย) จากการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ผ่านมา ปัญหาที่พบบ่อยและทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงคือ ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติจากสถิติผู้ป่วย CKD ที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลม่วงสามสิบ ปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ จำนวน ๑๙๒, ๒๒๒ และ ๒๒๘ รายตามลำดับ การศึกษาค้นคว้าในการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงทำให้ทราบว่า การรักษายาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงให้ครอบคลุมนั้น ต้องอาศัยกระบวนการหลักและปัจจัยต่างๆ หลายอย่าง เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองสามารถดูแลตนเองปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เป้าหมาย :

๑. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนการดำเนินงาน :

๑. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๒ ราย
๒. ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติเพื่อทำการศึกษาข้อมูล รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย
๓. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
๔. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ เพื่อใช้เป็นข้อมูล
๕. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้น การพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
๖. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
๗. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
๘. เรียบเรียงและจัดพิมพ์ผลงาน
๙. เสนอเพื่อขอรับการประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ ๑

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๔ ปี น้ำหนัก ๖๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๑ เซนติเมตร BMI ๒๖.๘ สถานภาพ โสด อาศัยอยู่กับครอบครัวของพี่ชาย อาชีพทำนา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ปี ๒๕๖๓ ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น HT ทานยาได้ ๑-๒ เดือน หยุดยาเอง มิถุนายน ปี ๒๕๖๖ มีอาการปวดศีรษะ มีนชาที่ขาทั้งสองข้าง แพทย์เริ่มให้ยา ความดันโลหิตกลับไปรับประทาน มีนัดตรวจซ้ำ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๖ ตรวจเลือดพบ Cr. ๓.๖๑ mg/dl, eGFR ๑๖.๘ mmol/L, FBS ๑๔๐ mg% แพทย์วินิจฉัย CKD Stage IV with DM type ๒ with HT ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖ มาตรวจตามนัดที่คลินิกไตเรื้อรัง ยังมีอาการมีนชาที่ขาทั้งสองข้าง FBS ๒๘๘ mg%, HbA๑C ๙.๖%, Potassium ๔.๐ mmol/L แพทย์ให้ยา Glipizide ๕ mg ๑x๒ oral ac ๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ มาตรวจตามนัดที่คลินิกไตเรื้อรัง ร่วมกับมีอาการเหนื่อยเพลียและมีนชาที่ขาทั้งสองข้าง น้ำหนัก ๖๑ กิโลกรัม, ส่วนสูง ๑๕๑ เซนติเมตร, BMI = ๒๖.๘ V/S, T= ๓๖.๖ องศาเซลเซียส, PR = ๙๒ ครั้ง/ นาที BP = ๑๓๘/๗๒ mmHg ตรวจ FBS ๒๓๖ mg% Potassium ๖.๓ mmol/L ผล EKG Normal แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๒๘ - ๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๖ รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ๓ วัน หลังการรักษาตรวจพบ Potassium ๕.๒ mmol/L ผล EKG Normal แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำมาพบแพทย์ตามนัด

ผู้ป่วยรายที่ ๒

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๓ ปี น้ำหนัก ๖๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร BMI ๒๕.๐ สถานภาพ สมรส อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร อาชีพทำนา มีประวัติดื่มสุราทุกวันและสูบบุหรี่วันละ ๓ - ๕ มวน ปี ๒๕๕๕ ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็น HT รับประทานยาได้ ๑ - ๒ เดือน หยุดยาเอง ปี ๒๕๖๒ ตรวจสุขภาพประจำปีที่รพ.สต. FBS ๔๔๔ mg%, ตรวจเลือดพบ Cr. ๑.๒๒ mg/dl, eGFR ๖๔.๔๙ mmol/L, HbA๑C ๑๓.๙๒% ปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย CKD Stage III with DM type ๒ with HT, ๔ - ๗ มกราคม ๒๕๖๔ นอนพัก รักษาตัวที่โรงพยาบาล ด้วยปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แพทย์เปลี่ยนจากยากินเป็นยาฉีด NPH ๒๔-๐-๑๒ ยูนิต, ๙ สิงหาคม ๒๕๖๖ ตรวจพบ FBS ๙๑ mg% แพทย์เปลี่ยนยาให้ฉีดเฉพาะช่วงเช้าเป็น ๒๐-๐-๐ ยูนิต, ๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ มาตรวจตามนัดที่คลินิกไตเรื้อรัง มีอาการเหนื่อยเพลียร่วมกับปวดตึงที่ขาทั้งสองข้าง ตรวจพบ Potassium ๕.๖ mmol/L ปฏิเสธการนอนโรงพยาบาลแพทย์ให้ยา Kalimate ๓๐ mg กลับไปรับประทาน, ๒๗ กันยายน ๒๕๖๖ มาตรวจตามนัดที่คลินิกไตเรื้อรังพบ Potassium ๖.๓ mmol/L (แจ้งว่าไม่ได้รับประทานยา Kalamate) น้ำหนัก ๖๔ กิโลกรัม, ส่วนสูง ๑๖๐ เซนติเมตร, BMI = ๒๕.๐ V/S, T = ๓๖.๘ องศาเซลเซียส, PR = ๙๘ ครั้ง/นาที, RR = ๒๐ ครั้ง/นาที, BP = ๑๓๘/๗๑ mmHg, ตรวจ Potassium ๖.๓ mmol/L ผล EKG Normal Sinus Rhythm with PVC แพทย์รับไว้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ ๒๗ - ๒๘ กันยายน ๒๕๖๖ รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ๒ วัน หลังรักษาตรวจพบ Potassium ๔.๔ mmol/L ผล EKG Normal Sinus Rhythm with PVC แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ หลังจำหน่ายผู้ป่วยทั้งสองราย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี แต่ควบคุมอาหารไม่ได้ ชอบรับประทานอาหารเค็ม มีความเสี่ยงทำให้ไตเสื่อมเร็วมากขึ้น มีโอกาสต้องรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต ติดตามเยี่ยมให้ความรู้ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาดูแลตนเอง และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงทั้งสองรายพบว่า ยังขาดความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการป้องกันภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงและการชะลอการเสื่อมของไต พยาบาลผู้ดูแลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ และสามารถ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรายที่ ๑ เข้ารับการรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยใน เป็นเวลา ๓ วัน และรายที่ ๒ เข้ารับ การรักษาตัว ที่ตึกผู้ป่วยในเป็นเวลา ๒ วัน ก่อนกลับบ้านพยาบาลได้ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะโพแทสเซียมและระดับน้ำตาลในเลือดสูง หลังจำหน่ายได้ ติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ให้ความร่วมมือ ในการรักษาดูแลตนเอง และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัว

เชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลสามารถให้การพยาบาล ในระยะก่อนรักษา ระยะตรวจรักษา และระยะหลังตรวจรักษา ที่ ถูกต้องและรวดเร็ว
๒. อัตราการ Re - Admit ของผู้ป่วยลดลง
๓. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้นและทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
๔. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ถ้ากลับเป็นอีกครั้ง
๕. การลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากเข้าใจการปฏิบัติตัว และการมาตามนัดติดตาม อาการ อย่างสม่ำเสมอ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทตนเอง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง
๒. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
๔. เป็นคู่มือ ในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสองรายนี้พบว่ายังขาดความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการป้องกันภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และการชะลอการเสื่อมของไต ดังนั้น พยาบาลควรมีการศึกษาค้นคว้าและทบทวนมาตรฐานการพยาบาลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพื่อนำมา วางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมได้แก่โรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและควรมีการให้ความรู้กับ ประชาชนในเรื่องโรค การป้องกัน การรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ ตามมาโดยการเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงทั้งสองรายพบว่า ยังขาดความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการป้องกันภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงและการชะลอการเสื่อมของไต พยาบาลผู้ดูแลได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจ และสามารถ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ผู้ป่วยรายที่ ๑ เข้ารับการรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยใน เป็นเวลา ๓ วัน และรายที่ ๒ เข้ารับการรักษาตัว ที่ตึกผู้ป่วยในเป็นเวลา ๒ วัน ก่อนกลับบ้านพยาบาลได้ให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันภาวะโพแทสเซียมและระดับน้ำตาลในเลือดสูง หลังจำหน่ายได้ ติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ให้ความร่วมมือ ในการรักษาดูแลตนเอง และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัว

เชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลสามารถให้การพยาบาล ในระยะก่อนรักษา ระยะตรวจรักษา และระยะหลังตรวจรักษา ที่ ถูกต้องและรวดเร็ว
๒. อัตราการ Re - Admit ของผู้ป่วยลดลง
๓. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้นและทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
๔. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ถ้ากลับเป็นอีกครั้ง
๕. การลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากเข้าใจการปฏิบัติตัว และการมาตามนัดติดตาม อาการ อย่างสม่ำเสมอ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทตนเอง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง
๒. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
๔. เป็นคู่มือ ในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งสองรายนี้พบว่ายังขาดความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตัว การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการป้องกันภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง และการชะลอการเสื่อมของไต ดังนั้น พยาบาลควรมีการศึกษาค้นคว้าและทบทวนมาตรฐานการพยาบาลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพื่อนำมา วางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมได้แก่โรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและควรมีการให้ความรู้กับ ประชาชนในเรื่องโรค การป้องกัน การรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ ตามมาโดยการเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

๑. ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อน คือไตวายเรื้อรังและมีระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคือภาวะหัวใจหยุดเต้น การที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินความรู้ ความสามารถในการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ เนื่องด้วยผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านการรับรู้จึงต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

๒. ผู้ป่วยบ้านไกลจากโรงพยาบาล มีปัญหาเรื่องการเดินทางมารักษา ไม่มีรถส่วนตัว พยาบาลแนะนำ การใช้เครื่องมือสื่อสารเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินคือการใช้บริการ โทร ๑๖๖๙ และประสานบุคลากรสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๙. ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยในคลินิกชะลอไตเสื่อม สหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด ควรมีการพัฒนา ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย CKD ที่มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้และติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน

ข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆมีดังนี้

๑. มีระบบการคัดกรองผู้ป่วย ในการเฝ้าระวังไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยต่างๆ เช่น กลุ่มโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง รวมถึงการส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น.รพ.สต.หรือคลินิกเฉพาะโรค
๒. มีการวางแผนการพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในทุกระยะ ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ตามปัญหาที่ผู้ป่วยต้อง Re-Admission
๓. มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีไตเรื้อรังในทุกระยะ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ และนักกายภาพบำบัด
๔. มีการจัดทำเอกสารความรู้วิชาการเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียม ใน เลือดสูงเพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนทั่วไปให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และเน้นให้เห็นความสำคัญในการพบ แพทย์ตั้งแต่มีอาการเริ่มต้น
๕. มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับมีภาวะโพแทสเซียม ใน เลือดสูงอย่างต่อเนื่อง
๖. มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
 - ควรมีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้บริการแบบองค์รวมในหน่วยงาน
 - ควรมีการเน้นภารกิจกลุ่มสัมพันธ์เพื่อคุณภาพชีวิต
 - ควรมีการเคร่งครัดในการให้ผู้ป่วยมารับบริการตรงกับวันนัด เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยเอง

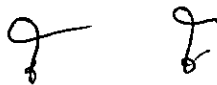
๑๐.การเผยแพร่ผลงาน:

นำเสนอผลงานด้วยวาจา ในโครงการประชุมวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ "ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI" รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑๑.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน: (ถ้ามี) การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยนำมาจัดเป็นรูปเล่ม รวบรวมโดยนางสมสุข สีสาม เป็นผู้เสนอผลงานทุกขั้นตอน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

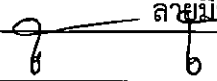
(ลงชื่อ)..........ผู้ขอประเมิน

(นางสมสุข สีสาม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลม่วงสามสิบ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางสมสุข สีสาม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางนุชนาถ ศุภลักษณ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

๕ /มกราคม ๒๕๖๗

(ลงชื่อ).....

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

๗ /มกราคม ๒๕๖๗

หมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาศูนย์โรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง(Chronic Kidney Disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก สถานการณ์โรคไตในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย จากข้อมูลสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย การให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น จะช่วยให้การดำเนินของโรคช้าลง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงทางอ้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล และช่วยลดงบประมาณที่ใช้ในการดูแลของประเทศได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลมวังสามสิบ จึงได้จัดตั้งคลินิกไตเรื้อรังขึ้น ในปี ๒๕๕๒ ให้บริการในวันจันทร์และอังคารของทุกสัปดาห์ ดูแลผู้ป่วย CKD จากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระยะที่ ๑ ถึง ระยะที่ ๕ ในปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๑,๘๘๗, ๑,๖๗๔, ๒,๓๒๕ คน ตามลำดับ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ผู้ป่วยระยะที่ ๓ - ๔ จำนวน ๑,๒๘๐, ๑,๒๒๐ และ ๑,๔๗๓ คน ตามลำดับ ระยะที่ ๕ จำนวน ๒๒๗, ๒๐๘ และ ๒๑๒ คน ตามลำดับ (CAPD=๕๘ ราย, HD = ๑๔๕ ราย) จากการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ผ่านมา สาเหตุที่พบเกิดจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าท์ นีวในระบบทางเดินปัสสาวะรวมทั้งมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม รับประทานผงชูรสเป็นประจำ มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ชี้อายมารับประทานเองตามคำโฆษณา ประกอบกับเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมานาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่สามารถรองรับกลุ่มผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

ดังนั้นโรงพยาบาลมวังสามสิบจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบบริการอย่างมีคุณภาพ ได้รับการดูแลแบบบูรณาการทั้ง ๔ ด้าน ทั้งในด้านการป้องกันในกลุ่มประชาชนทั่วไป ด้านการชะลอการเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วย ด้านการเข้าถึงบริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้าย การปลูกถ่ายไต และด้านการดูแลแบบประคับประคองจนวาระสุดท้ายของชีวิต

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคแทรกซ้อนสำคัญโรคหนึ่งที่เกิดกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้เข้าถึงการคัดกรอง เพื่อการเฝ้าระวัง และรักษาที่เหมาะสม จะส่งผลให้ การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่เลวลง ก่อเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งด้านรายได้ ค่าใช้จ่าย ภาระในการร่วมดูแลผู้ป่วย

Service plan สาขาไต กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบ “คลองชลประทาน” ซึ่งเป็นคลินิกชะลอไตเสื่อมต้นแบบ ที่ประสบความสำเร็จ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ และช่วยยืดระยะเวลาการบำบัดทดแทนไตของผู้ป่วยออกไปอีกได้ถึง ๗ ปี และกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/year ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖ และในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ได้ปรับเป้าหมายการชะลอความเสื่อมของไต โดยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอัตราการลดลง eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/year ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลมวังสามสิบ ได้จัดตั้งคลินิกไตเรื้อรังขึ้นในปี ๒๕๕๒ ให้บริการในวันจันทร์และอังคารของทุกสัปดาห์ ดำเนินการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ระยะที่ ๓-๔ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ๓ ปีย้อนหลัง ในปีงบประมาณมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

แต่ปี ๒๕๖๕ ยังไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายของ Service plan สาขาไต ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงได้ทบทวนการดำเนินงานและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าการดำเนินงาน มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านต่างๆ ในคลินิก แต่สื่อสารการให้ความรู้ไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาหาร การใช้ยาต่างๆ อาหารเสริม และสมุนไพรต่างๆ ที่มีผลต่อการเสื่อมของไต ตลอดจนแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จึงได้จัดทำโครงการชะลอไตเสื่อมขึ้น (CKD Smart camp) โดยพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนการบำบัดทดแทนไต ระยะที่ ๓ - ๔ จัดทำสื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อีกทั้งให้ความรู้เรื่องทางเลือกการบำบัดทดแทนไต การรักษาผู้ป่วย ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดความรุนแรงของโรค ช่วยชะลอความเสื่อมของไต ยืดระยะเวลาการเข้าสู่ไตวายระยะสุดท้ายที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตให้นานที่สุด

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ๔.๒ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดความรุนแรงของโรค
- ๔.๓ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถยืดระยะเวลาเข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไตให้นานที่สุด
- ๔.๔ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓ - ๔ ลดลง ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr} >$ ร้อยละ ๖๖
- ๕.๒ จำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนทางไตรายใหม่ลดลง

(ลงชื่อ).....
 (นางสมสุข สีสาม)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) ๕ / มิถุนายน / ๒๕๖๗
 ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อค : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ - กรกฎาคม ๒๕๖๔

๓. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ดำเนินการ

การตกเลือดหลังคลอดหมายถึงการเสียเลือดผ่านช่องทางคลอดภายหลังรกคลอด (Complete ๓rd stage of labor) ในปริมาณมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร หรือหลังการผ่าตัดคลอดมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร (ญาดา ทองอยู่, ๒๕๕๘)

ภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด หมายถึง อาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายสูญเสียเลือด ปริมาณที่มากขึ้นกับระยะเวลา สุขภาพและโรคประจำตัว สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ภาวะช็อค อ่อนเพลีย และอาจรุนแรงจนเกิดภาวะช็อคได้ และถ้าเสียเลือดมาก ๆ อาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้าเกิดภาวะ Sheehan syndrome ซึ่งทำให้ไม่มีน้ำนมหลังคลอด การตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด กรณีที่เลือดออกรุนแรงและรวดเร็ว ดูแลไม่ทันพ่วงที่ อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

๑. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) จะหมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง ๒๔ ชั่วโมง หลังคลอด

๒. การตกเลือดหลังคลอดใน ระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) จะ หมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ ๒๔ ชั่วโมงจนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด โดยทั่วไป จะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอด เป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือด หลังคลอดเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๕๐๐ มิลลิลิตร ขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ขึ้นไปและระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๒,๕๐๐ มิลลิลิตร ขึ้นไป (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, ๒๐๑๒)

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด สามารถแบ่งได้ดังนี้ (สุจิต คุณประดิษฐ์, ๒๕๕๓)

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

๑. Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) หลังจากรกลอกตัว เนื่องจากกล้ามเนื้อมดลูกไม่สามารถหดตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีการเสียเลือดมาก พบร้อยละ ๗๐ (กระเชียร ปัญญาคำเลิศ, ๒๕๕๑)

๒. Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอดและมดลูก (Laceration of the genital tract) พบได้ร้อยละ ๒๐ บริเวณฉีกขาดที่พบบ่อยได้แก่ ฝีเย็บช่องคลอดปากมดลูกและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (สุจิต คุณประดิษฐ์, ๒๕๕๓)

๓. Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือ รกค้าง ในโพรงมดลูก (retained placental tissue) เศษรกค้างทำให้มดลูกเข้าอู่ไม่ดี

๔. Thrombin คือ ความผิดปกติของการ แข็งตัวของเลือด (Perry et al, ๒๐๑๐; Su, ๒๐๑๒; Murray & McKinney, ๒๐๑๔) เป็นภาวะแทรกซ้อนของสตรีที่พบได้ค่อนข้างน้อยแต่เป็นภาวะที่เสี่ยงต่อชีวิต

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๕. มดลูกปลิ้น (uterine inversion) ปังจัยเสี่ยงเช่นลูกตัวโต รกเกาะที่ยอดมดลูก การได้ยาส่งเสริมการคลอด ในครรภ์แรก รกเกาะลึกผิดปกติ การช่วยคลอดรก

๖. มดลูกแตก (uterine rupture) อาจเกิดขึ้นเองในกรณี obstructive labor การตั้งครรภ์แฝด

๗. การคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกหรือในอุ้งเชิงกราน

สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง

๑. เศษรกหรือเยื่อหุ้มรกค้างในโพรงมดลูก

๒. การคั่งของเลือดในเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนังของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

๓. การอักเสบติดเชื้อในโพรงมดลูก ภายหลังกคลอดน้ำคาวปลาที่ออกมาทางช่องคลอด

๔. เลือดออกจากแผลของมดลูกภายหลังกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

อาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด

แนวทางการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดขึ้นอยู่กับสาเหตุ ปริมาณเลือดระยะเวลาในการเสียเลือด สุขภาพของมารดาและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆซึ่งมีอาการและอาการแสดงดังนี้

๑. เลือดออก อาจปรากฏให้เห็นภายนอกหรือขังอยู่ภายในหรืออาจจะมีเลือดออกภายนอกบางส่วนร่วมกับขังอยู่ภายในบางส่วน

๒. มดลูกหดตัวไม่ดี จะคลำได้มดลูกนิ่มไม่ตึงตัวเนื่องจากมีเลือดคั่งอยู่ภายในมดลูก

๓. อาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น หน้าซีด ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ กระสับกระส่าย ถ้าเสียเลือดมากอาจทำให้หายใจหอบ หหมดสติและถึงแก่ชีวิตได้

การวินิจฉัยการตกเลือดหลังคลอดขึ้นอยู่กับปริมาณจำนวนเลือดที่ออก เกือบครึ่งหนึ่งของมารดาที่คลอดทางช่องคลอดมีการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ มิลลิลิตร ส่วนการผ่าตัดคลอดมีค่าประมาณ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร(สุจิต คุณประดิษฐ์,๒๕๕๓) การป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมีความสำคัญ ในทุกระยะของการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในระยะคลอด ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๑๒) ให้ปฏิบัติด้วยการจัดการในระยะที่ ๓ ของการคลอด โดยเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) มีรายละเอียดที่สำคัญ คือ ให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตั้งแต่วะระยะที่ ๒ ของการคลอดกับมารดาทุกราย โดยใช้ oxytocin ๑๐unit ให้ทางน้ำเกลือหรือนิดเข้ากล้ามเนื้อต้นแขน กรณีที่ไม่ สามารถใช้ oxytocin ได้ ให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามความเหมาะสมได้แก่ ergometrine/ methylergometrine หรือให้อาการกระตุ้นการหดตัวของมดลูก ร่วมกันระหว่าง oxytocin กับ ergometrine หรือใช้ misoprostol ชนิดรับประทาน (๖๐๐ µg) ในหน่วยงานที่ไม่มี ทักษะหรือไม่มีความชำนาญในการดูแล มารดาดังครรภ์ที่ได้รับ oxytocin และไม่มี oxytocin ใช้ หน่วยงานที่มี เจ้าหน้าที่หรือแพทย์ที่ชำนาญในการทำ คลอดปกติทางช่องคลอด ให้ใช้วิธีการทำคลอดรกแบบ controlled cord traction เพราะช่วยลดเวลาในระยะ ที่ ๓ ของการคลอดทำให้เสียเลือดลดลง คลึงมดลูกทันที หลังรกคลอด แต่ไม่ แนะนำให้คลึงมดลูกอย่างต่อเนื่องใน กรณีที่ได้รับ oxytocin ทางหลอดเลือดดำหลังคลอด เนื่องจากอาจทำให้กล้ามเนื้อ มดลูกล้าเกินไปและไม่ช่วย ป้องกันการตกเลือด ประเมินการหดตัวของมดลูกใน ระยะหลังคลอดแก่มารดาทุกราย เพื่อเฝ้าระวังการหด รั้งตัวของมดลูกที่ผิดปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การพยาบาล กระบวนการพยาบาลในการดูแลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีการตกเลือด

๑. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก๑๕นาที จนกว่าจะคงที่
๒. ประเมินการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกให้แข็งเป็นระยะๆ
๓. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
๔. ประเมินการฉีกขาดของช่องทางคลอด ถ้ามีการฉีกขาดของช่องทางคลอดให้เย็บซ่อมแซม
๕. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างป้องกันการขัดขวางการหดตัวของมดลูก
๖. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด
๗. ประเมินการมีรกหรือเศษเยื่อหุ้มรกค้างในโพรงมดลูก
๘. ตรวจสอบผลการตรวจเลือด ติดตามค่า CBC
๙. สังเกตอาการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก เช่น ชีต เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืดคล้ำจะเป็นลม

แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนางาน

การพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติการพยาบาลในระดับวิชาชีพ ต้องคิดริเริ่มสร้างสรรค์จากทักษะการปฏิบัติ สร้างความคิดการตัดสินใจอย่างทันการและสมเหตุสมผล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้เฉพาะเพื่อเป็นฐานในการปฏิบัติ ต้องอาศัยทั้งศิลปะและวิทยาศาสตร์ทางการพยาบาล ศาสตร์ทางการพยาบาล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่одำรงภาวะสุขภาพดี แก้ไขความผิดปกติ ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยและตามศักยภาพที่แตกต่างกันในมารดาและครอบครัวแต่ละครอบครัว เพื่อให้มารดาและครอบครัวสามารถดำรงภาวะสุขภาพดีในการดูแลตนเองและดำเนินบทบาทมารดา บิดาและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษารายนี้คือ

๑. ทฤษฎีกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน (Gordon's function health pattern)

๒. ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ๓ ขั้นตอน กับ Nursing Process ๕ ขั้นตอน

๒.๑ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment) และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

๒.๒ ขั้นเป้าหมายการพยาบาล ได้แก่การกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการวางแผนการดูแลตลอดการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบกับการวางแผนการพยาบาล (Planning) และให้การพยาบาล (Implement)

๒.๓ ขั้นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่การประเมินผล (Evaluation)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๑ สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) เป็นปัญหาใหญ่ทางสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่พบบ่อยที่สุด องค์การอนามัยโลก (WHO,๒๐๑๒ Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline, ๒๐๑๒) ระบุว่าร้อยละ ๒๕ ของการตายมารดาทั่วโลกมีสาเหตุมาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และ ๑ ใน ๔ ของการตายเกิดจากระยะที่ ๓ ของการคลอด สิ้นสุดลงโดยมีการสูญเสียเลือดใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Mousa&Alfiravici,๒๐๐๗) สำหรับประเทศไทยจากการรายงานอนามัยแม่และเด็ก ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ของกรมอนามัยได้สำรวจสาเหตุการตาย พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาเกิดจากการตกเลือดร้อยละ ๑๒.๙ แสดงว่าปัญหาการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ (กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) จากสถิติมารดาที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ ปี ๒๕๖๔ พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ ๓.๑ (๖ ราย) สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี ๓ ราย อัตราร้อยละ ๖.๐ รกติดและเศษรกค้าง ๑ ราย อัตราร้อยละ ๒.๐ ปากมดลูก ฉีกขาด ๑ ราย อัตราร้อยละ ๒.๐ เกิดภาวะช็อก ๓ ราย อัตราร้อยละ ๒.๐ ปี ๒๕๖๕ พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ๕ ราย มีภาวะช็อก ๑ ราย ปี ๒๕๖๖ พบอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย ไม่มีภาวะช็อก สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี ๒ ราย อัตราร้อยละ ๖.๖๗ จากรกติดและเศษรกค้าง ๑ ราย ร้อยละ ๓.๓๓ เกิดภาวะช็อก ร้อยละ ๑ อัตราร้อยละ ๓.๓๓ (ทีม PCT โรงพยาบาลม่วงสามสิบ,๒๕๖๕) จากการทบทวนพบว่าแนวทางปฏิบัติการตกเลือดหลังคลอดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อการแก้ปัญหาเมื่อเกิดปัญหา ยังไม่มีแนวทางป้องกันที่สมบูรณ์และไม่พบการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุมและทีมผู้ดูแลยังขาดทักษะการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดตั้งระยะแรกเริ่ม ทักษะการดูแลระยะรอคลอด ระยะคลอด ทำคลอดรก การประเมินการเสียเลือด เมื่อเกิดอุบัติการณ์ทำให้เกิดความล่าช้าในการช่วยเหลือ ทำให้การให้ยา การให้สารน้ำการให้เลือดเข้าไปด้วยและจำนวนผู้คลอดต่อแพทย์ผู้รักษายังไม่เหมาะสมทำให้แพทย์ไม่สามารถเฝ้าระวังหรืออยู่ปฏิบัติงานได้ตลอดเวลาจึงส่งผลให้อุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นปัญหาสำคัญที่หน่วยงานต้องเร่งแก้ไขเพื่อช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นการพัฒนากระบวนการการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอดในเรื่อง การดูแลขณะตั้งครรภ์ การรับใหม่ผู้คลอด การรายงานแพทย์เมื่อพบความเสี่ยงหรือความผิดปกติ การดูแลก่อนคลอด การดูแลในระยะคลอด การดูแลระหว่างคลอดในระยะที่ ๒-๓ ของการคลอด การดูแลและป้องกันมารดาเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการตกเลือดหลังคลอดและเป็นแนวทางให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต
๒. เพื่อให้มารดาและญาติมีความรู้และเข้าใจในภาวะของโรค เพื่อจะได้ปฏิบัติตัวถูกต้องและให้ความร่วมมือใน

แผนการรักษา

๓. เพื่อลดความวิตกกังวลในแนวทางการรักษาของแพทย์และการดูแลต่อเนื่อง

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อค จำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมวังสามสิบ

ทำการศึกษานักศึกษาพยาบาลรายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ถึง วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ทำการศึกษานักศึกษาพยาบาลรายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔

สาระสำคัญ

กรณีศึกษารายที่ ๑

หญิงไทยอายุ ๓๕ ปี G๓P๒A๐L๒ ตั้งครรภ์ GA ๓๙ wks.by date สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีอาการเจ็บครรภ์จริงทุก ๓ นาที นานครั้งละ ๕๐ วินาที ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิด ๖ ซม. ความบางของปากมดลูกบาง ๕๐ % ส่วนหน้าเป็นศีรษะของทารก เข้าอุ้งเชิงกราน ระดับ -๒ ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยฟังเสียงหัวใจทารกได้ ๑๔๘ครั้ง/นาที Monitor EFM CAT I Base line ๑๕๐ bpm ประวัติดูฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลเลือด DCIP = Positive Hb typing = Hb E trait MCV ๗๗, MCH ๒๖ Hct๑ = ๓๐% Hct ๒=๓๔% Hct stat ๓๕% แพทย์วินิจฉัย Term pregnancy with Labor pain รับไว้ในผู้ป่วยในตึกห้องคลอด เวลา ๐๖.๐๐น. HN ๑๑๙๐๓๓ AN ๙๘๓๙๑

วันที่ ๑๓ พ.ย. ๒๕๖๓ แรกรับ เวลา ๐๖.๐๐ น. มีเจ็บครรภ์มดลูกหดตัวสม่ำเสมอ Interval ๓-๔min Duration ๕๐sec EFM CAT I ผลปกติ Fetal heart sound ๑๕๐/min มีการการเปิดขยายของมดลูก Cx. dilate ๖ cm. Effacement ๕๐ % station -๒ Membranes, Intact, Presentation =Vertex, เวลา ๐๗.๐๐ น. มารดามีอาการปวดเบ่ง มีน้ำเดินบนเตียง Cx.Fully dilate ๑๐ cm. Effacement ๑๐๐ % station ๐, MR, สีน้ำคร่ำใส ประมาณ ๑๐๐ ml มีอาการเจ็บครรภ์ I = ๓min, D = ๕๐ sec, FHS ๑๔๐ bpm, (ใช้เวลาในระยะ First stage ทั้งหมด ๖ ชั่วโมง) เข้าสู่ระยะคลอด จึงย้ายเข้าห้องคลอด เริ่มเชียร์เบ่งคลอด หญิงตั้งครรภ์เจ็บครรภ์ห่าง Interval ๕min Duration ๓๐sec รายงานแพทย์รับทราบทางโทรศัพท์ แพทย์เวรให้ Oxytocin ๑๐unit+ IVเดิม rate ๑๒๐cc/hr แล้วเชียร์เบ่งคลอดต่อ ขณะเบ่งคลอด Monitor EFM วั FHS = ปกติ (๑๒๐-๑๖๐ ครั้ง/นาที), ตัดแผลฝีเย็บ Left Mediolateral episiotomy, เวลา ๐๗.๓๑ น. คลอดปกติทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด ๓,๔๗๕ กรัม Apgar score ๙-๑๐-๑๐ (ใช้เวลาในระยะ second stage ทั้งหมด ๓๑ นาที) หักสะดือ ปลายมือปลายเท้าเขียว) กระตุ้น+suction clear airway หลังทำเด็กร้องดังดี ตัวแดงดี Cord anus ปกติ หลังคลอด มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีเวียนศีรษะ รอรกคลอด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

กรณีศึกษาครั้งที่ ๑(ต่อ)

เวลา ๐๗.๕๐ น. มี Active bleeding per vagina ๓๐๐ มิลลิลิตร ทำ Control cord traction พบว่ารกติดแน่นมาก รายงานแพทย์มาดูอาการ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่ม ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml vein rate ๑๒๐ cc/hr แพทย์มาทำท่าคลอดรกโดยวิธี Control cord tractionอีกครั้ง พบว่ารกรังติดแน่น แพทย์จึงพิจารณาล้วงรก ก่อนล้วงรกให้ยาแก้ปวด Pethidine ๒๕ mg. IV เวลา ๐๘.๑๐ น. รกคลอดครบสมบูรณ์ (ใช้เวลาคลอดในระยะที่ ๓ นาน ๓๙ นาที) น้ำหนักรก ๖๑๐ กรัม หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด ๕๐๐ cc. ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก Blood loss ๑,๐๐๐ ml ดูแลให้สารน้ำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml. vein load ๑,๐๐๐ ml. และให้สารน้ำ ๕% DN/๒ ๑,๐๐๐ ml.+oxytocin ๒๐ unit IV drip ๑๒๐ cc/hr. อีก ๑ เส้น ดูแลให้ยา Methergin ๐.๒ mg. IM หลังรกคลอด ๑-dose เวลา ๐๘.๑๐ น. Suture แผลฝีเย็บ Left Mediolateral episiotomy ใช้ Catgut ๒/๐ ฉีด จองเลือด PRC ๒ unit ส่งตรวจ blood group (X-match) ,CBC,PT with INR ,Electrolyte with CO₂, Cr,BUN ผล CBC Hb=๘.๕ Hct=๒๖% Plt.=๑๓๒,๐๐๐ WBC=๑๔,๔๓๐ PMN=๘๙ MCV=๘๐ อีก ๕ นาที ให้ Methergin ๐.๒ mg. IV อีก ๑ dose และทำ Uterine massage วางกระเป๋าน้ำแข็งประคบที่มดลูก Hct หลังคลอด ๓๐ % เวลา ๐๘.๒๕ น. เริ่มมีความดันโลหิตต่ำ อยู่ในช่วง ๘๘/๕๐-๘๗/๕๒ มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Nalador +๐.๙% NSS ๕๐๐ IV drip ๒๐๐ cc/hr หลังให้ยามดลูกหดตัวดี ไม่มี active bleed และให้เลือด PRC ๑ unit bl.gr. O IV push ๑๕ นาที (๐๙.๐๐-๐๙.๑๕ น.) มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพเริ่มคงที่ ไม่มี Active bleeding per vagina ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี blood clot ๑๐๐ ml. ย้ายมาที่ห้องหลังคลอด

หลังย้ายมาอยู่ห้องหลังคลอด มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีวิงเวียน ๐๙.๑๕ น. ให้เลือดหมด ๑ unit ติดตาม Hct หลังให้เลือด ๒๘ % ให้ PRC เพิ่มอีก ๑ unit bl.gr. O IV push ๓๐ นาที (๐๙.๒๐-๐๙.๕๐น.) ประเมิน Hct หลังให้เลือด Unitที่ ๒ Hct หลังให้เลือดหมดถุงที่ ๒=๓๑% ให้สารน้ำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml. vein drip ๘๐ cc/hr. และ LPRC ๑ unit group O+ vein drip in ๓ hr.(๑๐.๐๐-๑๓.๐๐น.) มารดาสัญญาณชีพปกติ แพทย์ U/S uterus ผล Not seen blood clod FH= O มดลูกหดตัวดี ไม่มี Active bleed per vagina หลังให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ให้เลือด ๒ unit และอีก ๑ unit ใน ๓ ชั่วโมง ต่อมาพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น ประเมิน Hct หลังให้เลือด ๓ Unit Hct=๓๑% มีอาการหนาวสั่น ดูแล Keep warm ให้โดยให้กระเป๋าน้ำอุ่น และผ้าห่ม ๒ ผืน ประมาณ ๓๐ นาที อาการหนาวสั่นเริ่มลดลง อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง ๘๘-๙๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง ๒๐-๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง ๑๐๗/๕๕-๑๐๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ชัดเจนดี ให้ยา ATB Ampicillin ๑ gm. IV q ๖ hr.*๔ day Off ยา ฉีด Ampicillin ๑๖ พ.ย.๒๕๖๓ Total intake= ๕,๘๐๐ ml, out put= ๒,๕๐๐ ml

วันที่ ๑๔ พ.ย.๒๕๖๓ สัญญาณชีพปกติติดตาม Hct ทุก ๖-ชม. ถ้า < ๒๖% รายงานแพทย์ Hct= ๒๖% ให้ PRC ๑ unit bl.gr. B+ drip in ๓ hr. (๑๕.๐๐-๑๘.๐๐ น.) Hct หลังให้เลือด ๒๙% ,มดลูกหดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดง ไม่มี Active bleed per vagina แผลฝีเย็บบวมเล็กน้อย REEDA score ๑ ค่ะ แนน flush perineum และอบแผลฝีเย็บ มารดาช่วยเหลือตัวเองได้ดีรับประทานอาหารได้ ปัสสาวะออกดี Off foley's catheter

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

กรณีศึกษาครั้งที่ ๑(ต่อ)

วันที่ ๑๕-๑๗ พ.ย.๒๕๖๓ นอนพักที่โรงพยาบาล สัญญาณชีพปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ มดลูกหดรัดตัวดี ทำกิจกรรมได้บนเตียง Hct=๒๙% สัญญาณชีพปกติ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำนมเริ่มมาดี บุตรดูดนมได้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง REEDA score ๐ ค่ะ แนน flush perineum และอบแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลาสีแดงจาง ไม่มี Active bleed ตรวจ CBC ผล Hb=๑๐.๑ Hct=๓๐% Plt.=๑๕๑,๐๐๐ WBC=๗๔๒๐ PMN=๘๖ MCV=๘๐ น้ำนมเริ่มมาดี บุตรดูดนมได้ แพทย์พิจารณาจำหน่ายให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๑๗ พ.ย.๒๕๖๓ มีนัดตรวจหลังคลอด ที่โรงพยาบาล ๑ สัปดาห์ รวมวันนอนโรงพยาบาล ๔ วัน วันก่อนกลับได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์เช่น น้ำคาวปลามีสีแดงสดหรือมีกลิ่นเหม็น แผลฝีเย็บแยกไม่ติด มีไข้ เป็นต้น ให้มาพบแพทย์ทันที

การศึกษาครั้งที่ ๒

หญิงไทย อายุ ๒๕ ปี G๒P๑A๐L๑ ตั้งครรภ์ GA ๓๗ weeks มาโรงพยาบาลด้วยมีอาการเจ็บครรภ์คลอด วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๐.๓๐ น. มาถึงห้องคลอด เวลา ๐๐.๔๐ น. ตรวจร่างกาย น้ำหนัก ๖๘ กิโลกรัม สูง ๑๖๗ เซนติเมตร BMI ๒๔.๔ สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๘ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๔/๗๘ มิลลิเมตรปรอท หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์ ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์โดยฟังเสียงหัวใจทารกได้ ๑๓๐ ครั้งต่อนาที ผลการตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๒ เซนติเมตร ความบางของปากมดลูกบาง ๕๐ เปอร์เซ็นต์ ส่วนหน้าเป็นศีรษะของทารกเข้าสู่ อุ้งเชิงกรานระดับ ๐ ฤงน้ำคร่ำยังไม่แตก Monitor EFM CAT I baseline ๑๕๐ bpm. มดลูกหดรัดตัวทุก ๓ นาทีนานครั้งละ ๓๐ วินาที จึงรับไว้ เป็นผู้ป่วยในตึกห้องคลอด เวลา ๐๐.๕๘ น. HN ๓๕๒๑๓, AN ๑๐๓๔๕๔

เวลา ๐๖.๔๐ น. Cx.dilate ๖ cm. Effacement ๖๐ % station ๐, Membranes=Intact ไม่มีน้ำคร่ำไหล, มีอาการเจ็บครรภ์ I= ๔ min, D=๓๕ sec, FHS ๑๓๒ bpm, NST= reactive, มีอาการเจ็บครรภ์ห่างๆ ปากมดลูกเปิด ล้าช้า Partograph รายงานแพทย์เวรอีกครั้งแพทย์จึงทำการเจาะถุงน้ำคร่ำ ARM = amniotic fluid ๕๐ ml, Clear สีขาวขุ่น ต่อมามีอาการเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้น I= ๒ min ๓๐ sec, D =๕๐ sec เวลา ๐๘.๐๐ น. มารดามีอาการปวดเบ่ง Cx.Fully dilate ๑๐ cm. Effacement ๑๐๐ % station ๐ มีอาการเจ็บครรภ์ I=๒ min ๓๐ sec, D =๕๐ sec, FHS ๑๔๐ bpm, เข้าสู่ระยะคลอด จึงย้ายเข้าห้องคลอด ได้รับการรักษาโดยให้ ๕% D/N/๒ ๑,๐๐๐ มิลลิกรัม หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา ๘๐ หยดต่อนาที และงดน้ำงดอาหาร ย้ายเข้าห้องคลอดเตรียมคลอดตามมาตรฐาน เชียร์เบ่งคลอด ขณะเบ่งคลอด Monitor EFM ไว้ FHS ปกติ (๑๒๐-๑๖๐ ครั้ง/นาที) ต่อมาศีรษะทารกเลื่อนต่ำ (Head seen) ตัดแผลฝีเย็บ Left Mediolateral episiotomy, เมื่อทารกคลอดโผล่หน้าให้ยา oxytocin ๑๐ unit IM เวลา ๐๘.๑๔ น. คลอด Normal delivery (มารดาเบ่งคลอดนาน ๑๔ นาที) ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด ๒,๗๑๐ กรัม Apgar ๑๐-๑๐-๑๐ ค่ะ แนน แข็งแรงดี Control IV เดิม ๕% DN/๒ ๕๐๐ ml (ขวดที่ ๑) มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีวิงเวียนศีรษะ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตปกติ ๑๓๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที รอกคลอด เวลา ๐๘.๒๐ น. ทำคลอดรกโดยวิธี Control cord traction รกคลอดครบสมบูรณ์หลังรกคลอด Total Blood loss ๓๐๐ ml จึงให้ยา Methylergometrine ๐.๒ mg IM stat, Control IV เดิม ๕% DN/๒ ๑๐๐๐ ml ที่เหลือ ๕๐๐ ml vein ๑๒๐ cc/ hr. หลังรกคลอดประคบเย็นที่ยอดมดลูก Cold pack นวดคลึงมดลูก uterine massage ความดันโลหิต หลังรกคลอด ๑๓๓/๖๓ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร =๑๐๑ ครั้ง/นาที หายใจ=๒๐ ครั้ง/นาที

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การศึกษารายที่ ๒(ต่อ)

เวลา ๐๘.๒๕ น. ขณะกำลังเย็บแผลพบว่ามดลูกหดตัวไม่ดี มี Active bleeding per vagina เพิ่ม ๔๐๐ ml อาการมารดารู้สึกตัวดี ความดันโลหิต ๙๐/๕๘ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๒๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที จึงให้สารน้ำ ๕% DN/๒ ๑,๐๐๐ ml (เดิมเหลือ ๔๐๐ ml)+oxytocin ๑๐ unit vein load และให้ยา Methylergometrine ๐.๒ mg-Vein เพิ่ม

เวลา ๐๘.๓๐ น. อาการมารดารู้สึกตัวดี ความดันโลหิต ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๒๒ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที, ยังมี Active bleeding เปิดเส้นให้สารน้ำเพิ่มอีกหนึ่งเส้น ให้ ๐.๙ %NSS ๑,๐๐๐ ml vein load ๑,๐๐๐ ml. (ขวดที่ ๒) Retained foley's catheter urine ๓๐๐ ml.

เวลา ๐๘.๔๐ น. หลังให้สารน้ำ ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๘ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๑๐ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที, มดลูกหดตัวดี สารน้ำเดิมหมด จึงให้ ให้สารน้ำ ๕% DN/๒ ๑๐๐๐ ml +oxytocin ๒๐ U vein load ๑๐๐ ml then ๑๒๐ cc/hr. (ขวดที่ ๓) เย็บแผลฝีเย็บ Left Medioletral episiotomy ขณะเย็บแผลไม่มี Active bleeding per vagina รวมทั้งหมด Blood loss ๗๐๐ ML

เวลา ๐๘.๔๕ น. Hct stat ๓๐ % ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม Group match Pack red cell ๒ Unit, CBC, PT, INR, Creatinine

เวลา ๑๐.๐๐ น. มารดาไม่มีอาการวิงเวียน มดลูกหดตัวดี normal bleeding per vagina ความดันโลหิต ๑๑๖/๘๖ มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที, หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที, control IV ๕% DN/๒ ๑,๐๐๐ ml +oxytocin ๒๐ unit vein load ๑๐๐ ml then ๑๒๐ cc/hr. (ขวดที่ ๓) urine ๔๐๐ ml. สัญญาณชีพหลังคลอด อ่อนนุ่มมีร่างกาย ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต ๑๓๐/๘๓ มิลลิเมตรปรอท วัดสัญญาณชีพซ้ำทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง พร้อมคลึงมดลูก วัดทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง พร้อมคลึงมดลูก ประเมินการหดตัวของมดลูก เป็นก้อนกลมแข็ง ย้ายมารดาไปที่ห้องหลังคลอด เวลา ๑๐.๓๐ นาฬิกา มาโดยรถนั่ง อาการทั่วไป-อ่อนเพลียเล็กน้อยรู้สึกตัวดี แพทย์ให้รับประทานอาหารได้ตามปกติ ให้ยารับประทาน หลังคลอดดังนี้ Ferrous sulphate , MTV วันละ ๓ ครั้ง ครั้งละ ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า เที่ยงและเย็น และParacetamol(๕๐๐ มิลลิกรัม) ครั้งละ ๒ เม็ด ให้รับประทานเวลาปวดและมีไข้ รับประทานห่างกันได้ทุก ๔-๖ ชั่วโมง เวลา ๑๙.๓๐ น.ให้เลือด ๒ unit หลังให้เลือดอาการทั่วไปปกติสัญญาณชีพอ่อนนุ่มมีร่างกาย ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๖ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต ๑๓๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท Hct ๓๑%

วันที่ ๒๗ ก.ค - ๒๙ ก.ค. ๒๕๖๔ นอนพักที่โรงพยาบาล สัญญาณชีพปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ มดลูกหดตัวดี ทำกิจกรรมได้บนเตียง Hct=๓๑% สัญญาณชีพปกติ มดลูกหดตัวดี น้ำนมเริ่มมาดี บุตรดูดนมได้ แผลฝีเย็บไม่บวมแดง REEDA score ๐ คะแนน flush perineum และอบแผลฝีเย็บ น้ำคาวปลาสีแดงจาง ไม่มี Active bleed ตรวจ CBC ผล Hb=๙.๘.๑Hct=๓๐% Plt.=๑๙๑,๐๐๐ WBC=๑๓๒๐๐PMN=๘๔ MCV=๘๓ น้ำนมเริ่มมาดี บุตรดูดนมได้ แพทย์พิจารณาจำหน่ายให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๒๙ กรกฎาคม.๒๕๖๔ มีนัดตรวจหลังคลอด ที่รพ.ม่วงสามสิบ ๑ สัปดาห์ รวมวันนอนโรงพยาบาล ๔ วัน ก่อนกลับได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์เช่น น้ำคาวปลามีสีแดงสดหรือมีกลิ่นเหม็น แผลฝีเย็บแยกไม่ติด มีไข้ เป็นต้นให้มาพบแพทย์ทันที

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

สรุปผลการศึกษา

หลังให้การพยาบาลด้วยหลักการดูแล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวม และการพยาบาลตาม ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน รวมทั้งใช้หลักการดูแลเฉพาะโรค ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือดพบว่าผู้คลอดทั้ง ๒ ราย มีปัญหาทางการพยาบาลรุนแรงที่เหมือนกัน คือ ภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด แต่มีความแตกต่างกันในประเด็นสาเหตุ ความรุนแรงของภาวะช็อก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น จากการประเมินพบว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย คลอดบุตรมาแล้วแต่ไม่เกิน ๔ ครั้ง ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงของภาวะ Multiparity และไม่พบประวัติตกเลือดหลังคลอด แรกรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยข้อวินิจฉัย เดียวกันคือ Term pregnancy with Labor pain และทั้งคู่ ไม่พบความเสี่ยงในการประเมินแรกรับ ผู้คลอดรายที่ ๑ มีความรุนแรงมากกว่ารายที่ ๒ เนื่องจากรกค้าง ใช้ระยะเวลาคลอดรกรนาน และมีปริมาณการสูญเสียเลือดมากกว่า การดูแลให้การพยาบาลจึงต้องให้สารน้ำ เลือด ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ร่วมกับการนวดคลึงมดลูก และการเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ผู้คลอดรายที่ ๑ จะได้รับเลือดในปริมาณมากกว่ารายที่ ๒ และใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวช้ากว่า ในการดูแลให้การพยาบาลได้มีการวางแผนการดูแลที่รวดเร็วและครอบคลุมเพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยและผ่านพ้นวิกฤตได้ทั้ง ๒ ราย ไม่ได้มีภาวะวิกฤติที่จะต้องส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ แต่หากเกิดขึ้นแล้ว การดูแลรักษาต้องอาศัยทีมงาน ผู้มีประสบการณ์ การฝึกฝนและปฏิบัติตามขั้นตอนที่ถูกต้อง ทีมปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน โดยไม่ปล่อยให้เกิดความล่าช้า และช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจถึงชีวิตได้ อย่างไรก็ตามสิ่งหนึ่งที่ทีมผู้ดูแลมักมองข้ามความสำคัญไปได้แก่ การแจ้งอาการและความรุนแรง รวมถึงผลการรักษาพยาบาลให้ญาติทราบเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยลดปัญหาที่จะตามมาได้ และในบางครั้งญาติอาจจะช่วยทีมดูแลในการตัดสินใจถึงประเด็นที่สำคัญในบางเรื่อง นอกจากนี้การสื่อสารที่ยังช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงขั้นตอนการดูแลรักษาและสร้างความสัมพันธ์อันดี ซึ่งจะช่วยลดปัญหาความเข้าใจผิดอาจนำไปสู่การฟ้องร้องเป็นคดีความได้

ผลการสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ข้อมูล	ผลการดำเนินงาน	
	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
จำนวนผู้คลอด	๑๔๕	๑๑๖
ผู้ป่วยที่วินิจฉัย PPH	๕	๒
- Uterine atony	๓	๒
- Retain placenta	๑	๐
- Tear cervix	๐	๐
Hypovolemic shock refer	๐	๐

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ยังพบอุบัติการณ์มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อกแต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์
๒. การประเมินภาวะเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่มที่ครอบคลุม มีการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยได้รวดเร็ว การรักษาทัน่วงทีและการเฝ้าระวังรวมไปถึงการส่งต่อได้รวดเร็ว ปลอดภัย
๓. ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานงานอย่างเป็นระบบ สื่อสารข้อมูลที่สำคัญ รวดเร็ว ทำให้การดูแลมีประสิทธิภาพ
๔. พยาบาลวิชาชีพพัฒนาทักษะ สมรรถนะตนเองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สามารถให้การดูแลมารดาหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ /ผลกระทบ

๑. กระบวนการพยาบาลและการดูแลมารดาคลอด สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดได้ เกิดผลดีต่อผู้คลอดช่วยให้ผู้คลอดปลอดภัยเกิดความพึงพอใจ ลดการฟ้องร้องทางคดีความ
๒. กระบวนการดูแลผู้คลอดที่พัฒนาสามารถนำไปเป็นกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้เกิดการดำเนินงานต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้รับบริการเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
๓. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๔. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นๆที่สนใจ
๕. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อกร่วมด้วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๗.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาพบว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับอายุ กรณีศึกษาที่ ๑ มีอายุ ๓๒ ปี ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ มีอายุ ๒๕ ปี แต่ถึงแม้จะมีอายุไม่เท่ากันแต่ก็ยังอยู่ในช่วงอายุเดียวกัน คือ อายุ ๒๐ - ๓๔ ปี และรายแรกมีการคลอดมากกว่ารายที่ ๒ ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ถือว่าเหมาะสมในการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงวัยอายุที่พร้อมในการดูแลบุตร มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนที่น้อยกว่าผู้ที่มีอายุมาก มีความเหมือนกัน ในข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ มีสถานภาพสมรสแล้ว มีสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพเป็นแม่บ้าน จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และมีที่อยู่อยู่ในเขตอำเภอเดียวกัน ทำให้มีวัฒนธรรมภูมิหลังที่คล้ายคลึงกันในระยะคลอดไม่พบปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือดหลังคลอด แต่การตกเลือดหลังคลอดมีสาเหตุที่แตกต่างกันในรายที่ ๑ ตกเลือดเนื่องจากมีภาวะรกค้างและทำการล้วงรก เด็กตัวโตมีผลต่อการคลอด เสียเลือดมาก ๑๐๐๐ ml เข้าสู่ภาวะช็อก มีการแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยการให้เลือดในห้องคลอดและสารน้ำเพื่อให้ผู้ป่วยปกติ ส่วนในรายที่ ๒ มีระยะการรอคลอดนาน ๒๔ ชั่วโมง และมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ทำให้เสียเลือดประมาณ ๗๐๐ ml มีภาวะช็อกมีการแก้ไขอย่างเร่งด่วนโดยการให้สารน้ำผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ ย้ายมาห้องหลังคลอดประเมิน Hct จึงให้เลือด ๒ ยูนิต และพยาบาลจะต้องมีสมรรถนะในการประเมินและดูแลอย่างรวดเร็วในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีเพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยรวมทั้งทีมสหวิชาชีพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด พบว่าปัญหาหลักคือ มารดาหลังคลอดมีโอกาสเกิดภาวะช็อก เนื่องจากการเสียเลือดมากถือเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากได้รับการวินิจฉัยล่าช้าและเฝ้าระวังไม่เพียงพอ อาจทำให้มารดาหลังคลอดได้รับอันตราย จากการช็อก เนื่องจากการตกเลือดหลังคลอดมีภาวะ การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดีซึ่งเกิดจากระยะเวลาการคลอดที่รวดเร็ว การดูแลการพยาบาลการเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดโดยการวัดสัญญาณชีพทุก ๑๕ นาที ใน ๑ ชั่วโมง แรกหลังคลอด และทุก ๓๐ นาที ใน ชั่วโมงที่ ๒ หลังคลอด ประเมินการหดรัดตัวของมดลูกและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดเป็นระยะๆ การดูแลการให้ยาช่วยกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูกตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้แนะนำวิธีการคลึงมดลูกให้มารดาหลังคลอดสามารถปฏิบัติเองได้ประสานงานและรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อพบมีการหดรัดตัวของมดลูกไม่ดีและมีเลือดออกทางช่องคลอดมาก ดูแลให้สารน้ำทดแทนและยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก เจาะเลือดเพื่อประเมินภาวะช็อกและการแข็งตัวของเลือด จ้องเลือดและเตรียมเครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมใช้ เมื่อเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก ในโรงพยาบาลชุมชนขาดผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินารีเวช พยาบาลอายุงานน้อยอัตราการคลอดมีน้อยแพทย์ พยาบาลมีประสบการณ์น้อยทำให้ต้องเพิ่มสมรรถนะพยาบาลและแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด พยาบาลงานห้องคลอดจะต้องมีความรู้ความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะเสียเลือดมากเกินไปและหาสาเหตุร่วมกับแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีและมีการประสานงานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่ามีอุปกรณ์และเครื่องมือที่ทันสมัยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อการเสียชีวิต การดูแลระหว่างส่งต่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการจัดการประชุมทางวิชาการอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของ กลุ่มงานสูติกรรม เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
๓. ควรจัดให้มีการประชุมวิชาการและการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๔. การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของ กลุ่มงานสูติกรรม เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
๕. จัดให้มีการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพการพยาบาลให้มีการศึกษาอบรมหรือดูงานในสาขาวิชาการที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อฟื้นฟูและพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง
๖. ควรมีจำนวนบุคลากรเพียงพอ ตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดและมีสมรรถนะที่กำหนด
๗. ควรมีการติดตามประเมินสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการใช้แนวทางการรักษามารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการรักษามีระบบและเป็นไปใน แนวทางเดียวกัน
๘. ควรจัดสื่อในการให้ความรู้แก่มารดาและญาติในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อเตรียมความพร้อมมารดาหลังคลอดและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้องเพื่อไม่ให้เกิดตกเลือดหลังคลอดซ้ำหรือหากเกิดขึ้นก็ช่วยลดความรุนแรงไม่ไห้มารดามีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดที่รุนแรงหรือมีอันตรายแก่ชีวิตได้
๙. ประสานงานระหว่างหน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดโครงการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ ในการ คุมกำเนิด เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือด ประวัติการมีเลือดออกผิดปกติ ครรภ์หลัง ครรภ์ แผล แผลน้ำ ทารกตัวโต คลอดยาก คลอดนาน การแท้ง การชุด มดลูก ประวัติตกเลือดหลังคลอด ได้วางแผนครอบครัว และคุมกำเนิด แบบถาวรโดยการทำหมัน

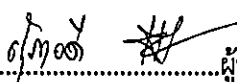
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เข้าร่วมประชุมและนำเสนอผลงานในโครงการประชุมวิชาการ ความก้าวหน้าและพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI รุ่นที่ ๑ ประเภท Oral Presentation เรื่อง การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อค :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ในวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียว ให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑) นางสาวดาริ นิยมคุณ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ  ผู้ขอประเมิน

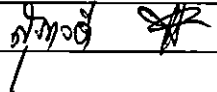
(นางสาวดาริ นิยมคุณ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางสาวตี นิยมคุณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางนุชนาถ สุขลักษณะ)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) 

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาคุณภาพ แนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอด

๒.หลักการและเหตุผล

ภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อร่างกายเสียเลือดในปริมาณมาก โดยทั่วๆไป การเสียเลือดจากการคลอดถ้าเสียในปริมาณที่ไม่มากร่างกายจะสามารถปรับตัวได้เอง แต่ถ้าเมื่อไหร่ที่เสียเลือดในปริมาณที่อาจทำให้เกิดอาการทางคลินิกได้ ขึ้นอยู่กับปริมาณเลือดที่เสียไป ระยะเวลา สุขภาพและโรคประจำตัว สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ภาวะช็อก และถ้าเสียเลือดมากๆอาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงต่อมใต้สมองส่วนหน้าเกิดภาวะ Sheehan syndrome ซึ่งทำให้มารดาไม่มีน้ำนมหลังคลอด อ่อนเพลีย ไม่มีประจำเดือนหลังคลอด เป็นต้น การตกเลือดที่ควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ต้องตัดมดลูกเพื่อหยุดการเสียเลือด กรณีที่เลือดออกรุนแรงและรวดเร็ว ดูแลรักษาไม่ทันท่วงที อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้และจากการศึกษาค้นคว้าทำให้ทราบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด ของการตายของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาอย่างน้อยร้อยละ ๒๔ของการตายมารดา เกิดจากการตกเลือด

การคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมิใช่โรค แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจะส่งผลถึงภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้คลอดและญาติ ประสบการณ์การคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดทำให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลและไม่อยากคลอดความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกเป็นสิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลต้องมีความตระหนักและรอบคอบเพื่อให้ทุกระยะของการคลอดมีความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน สำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดในระยะฉุกเฉิน เป็นการพยาบาลที่มีความเร่งด่วนในการตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างทันท่วงทีจึงสามารถรักษาชีวิตของผู้คลอดและทารกไว้ได้ การประเมินภาวะเสี่ยงและปัญหาโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งตลอดจนการให้การพยาบาลดูแลใกล้ชิดจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง สร้างความปลอดภัยให้แก่ผู้คลอดและทารก การให้การพยาบาลที่มีความล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญผู้ให้การรักษาพยาบาลต้องตระหนักเสมอ ว่าอาจเกิดปัญหาได้ทุกเมื่อ

โรงพยาบาลม่วงสามสิบ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๒ ไม่มีสูติแพทย์ มีแต่แพทย์ทั่วไปโดยทำหน้าที่เป็นแพทย์เวร ับรายงานจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรผลิตเมื่อประเมินผู้มาคลอดพบปัญหาตามแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่ จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปี ๒๕๖๔ พบอุบัติการณ์ อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ๖ ราย มีภาวะช็อก ๓ ราย ปี ๒๕๖๕ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ๕ ราย เกิดภาวะช็อก ๒ ราย ปี ๒๕๖๖มีตกเลือดหลังคลอด ๒ ราย ไม่มีภาวะช็อก ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ให้การรักษายาตามแนวทางปฏิบัติที่มีอยู่โดยการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก สารน้ำ ให้เลือด อย่างรวดเร็ว ทันเวลา ทำให้ ผู้คลอดทั้ง ๒ ราย ปลอดภัย และไม่ต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จากการติดตามเยี่ยมบ้าน มารดาทั้ง ๒ ราย ปลอดภัยดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน สาเหตุการตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่เกิดจาก uterine atony, retained placenta และ ช่องทางคลอดผิดปกติ ตามลำดับ แนวทางในการปฏิบัติการดูแลผู้มาคลอดพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินการรับใหม่ เมื่อประเมินพบภาวะเสี่ยงก็จะรายงานแพทย์เวรในวันนั้นๆ และทำคลอดในรายที่คลอดปกติ จากการทบทวนแนวทางการประเมินและป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมทุกระยะของการคลอด บางกรณีไม่ชัดเจน เช่นขาดการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ขาดการสื่อสารระหว่างหน่วยงาน เช่น ขาดการส่งข้อมูลภาวะ

เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้มีอุบัติการณ์การตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด เช่น ภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด จึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อช่วยป้องกันและลดอุบัติการณ์ซึ่งตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลสูติกรรม โดยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่สามารถป้องกันได้และการวินิจฉัยปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทัน่วงที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ซึ่งอาจนำไปสู่อันตรายถึงแก่ชีวิตของมารดาจากการตกเลือดได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขทันเหตุการณ์ ดังนั้นการนำแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอดมาพัฒนา จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดและเพื่อดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาและพัฒนาปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอดด้วยการบูรณาการ evidence based guideline มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่พัฒนา
๓. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอด

เป้าหมาย

ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓.แนวคิดการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและภาวะแทรกซ้อน

ปัจจุบันสูติแพทย์ส่วนใหญ่ยอมรับว่า การดูแลระยะที่ ๓ ของการคลอดด้วยวิธี active management ประกอบด้วยการตัดสายสะดือโดยเร็ว การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกและการทำคลอดรกโดยดึงสายสะดือส่วนที่เหลืออย่างระมัดระวัง (cord controlled traction) จะช่วยลดการตกเลือดหลังคลอดได้ นอกจากนี้การตกเลือดหลังคลอดป้องกันได้หากผู้คลอดได้รับการวินิจฉัยอย่างรีบด่วน ซึ่งหลักป้องกันมีดังนี้

๑. ระยะก่อนคลอดซักประวัติอย่างละเอียดเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดการตกเลือดหลังคลอด

ประวัติส่วนตัว เช่นภาวะโลหิตจาง การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ประวัติทางสูติศาสตร์ เช่น การคลอดเร็ว หรือระยะที่ ๑ ระยะที่ ๒ ของการคลอดยาวนาน ได้รับยาที่มีผลต่อการหดตัวของมดลูก เช่น สลบ oxytocin MgSO₄ การทำสูติศาสตร์หัตถการ มีประวัติเคยตกเลือดหลังคลอด มดลูกแตกหรือเคยผ่าตมดลูก การทำคลอดรกขณะที่รกยังไม่ลอกตัว ประวัติความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์ ครรภ์เป็นพิษ การตรวจร่างกาย ค้นหาภาวะโลหิตจาง รวมทั้งแก้ไขและให้ธาตุเหล็กเสริมกับมารดาที่มาฝากครรภ์ทุกราย

๒. ระยะคลอด ดูแลไม่ให้เกิดการคลอดยาวนาน ระวังการให้ยาแก้ปวดในขนาดที่มากเกินไป

เพราะอาจเกิดผลต่อการหดตัวของมดลูก ทำคลอดในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓ อย่างถูกต้อง เหมาะสม หลีกเลี่ยงการทำสูติศาสตร์หัตถการอย่างยาก ตรวจรกและช่องทางคลอดอย่างละเอียด การหดตัวของมดลูก การฉีกขาดของช่องทางคลอด

๓. ระยะหลังคลอด ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง โดยกระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะภายใน ๒ ชั่วโมงแรกหลัง

คลอด ดูแลการให้ยา oxytocin ต่อภายหลังคลอดอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง กระตุ้นให้ลูกดูดนมมารดาหลังคลอดทันที เพื่อกระตุ้นให้ฮอร์โมน oxytocin หลังมากขึ้นทำให้มดลูกหดตัวดี ภาวะตกเลือดหลังคลอดยังเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาหลังคลอด การดูแลรักษาควรเริ่มตั้งแต่ขณะฝากครรภ์ โดยป้องกันสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอดควรดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และวินิจฉัยภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ทัน่วงทีแล้วรีบแก้ไข

จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและตายของมารดาจากการตกเลือดลงได้(เกษียร ปัญญาคำเลิศ, ๒๕๕๑) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด มีรกหรือเศษเยื่อหุ้มรกค้าง หรือความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด พยาบาลต้องมีทักษะและไหวพริบในการตัดสินใจที่ดี ในการป้องกันและการตัดสินใจที่ดี ในการป้องกันและให้การดูแลช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้ปลอดภัยจากภาวะตกเลือดได้อย่างทันท่วงที (ศุภวดี แถวเพ็ญ, ๒๕๕๐)

ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนในการดำเนินการ มีดังนี้

๑. จัดทำโครงการ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอด

๒. จัดตั้งคณะกรรมการและนำเสนอต่อหัวหน้ากลุ่มพยาบาล โรงพยาบาลม่วงสามสิบ เพื่อขออนุมัติในการดำเนินการตามโครงการ

๓. ประชุมคณะกรรมการเพื่อวางแผนการดำเนินการจัดทำวิธีปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนี้

๓.๑ การดูแลขณะฝากครรภ์ ชักประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงในการตกเลือด และลงบันทึกความเสี่ยงในสมุดฝากครรภ์ด้วยปากกาสีแดง วินิจฉัยภาวะซีสต์และทำการแก้ไข ถ้าพบความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ๓๓ % กำหนดให้ประเมนเข้าทุก ๓ เดือน

๓.๒ รับไหมในห้องคลอดชักประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดเพื่อค้นหาความเสี่ยงในการตกเลือดลงรายละเอียดในแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์เมื่อแรกรับในห้องคลอด กรณีที่ตรวจพบความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า ๓๐ % หรือ grand multipara หรือมีประวัติตกเลือดหลังคลอด จะมีการ group matching ของเลือด ๒ ยูนิตทุกราย

๓.๓ การดูแลระยะคลอดนำ partograph มาใช้ในการดูแลมารดาในระยะ latent phase ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ๑-๒ ชั่วโมง ประเมินการเปิดของปากมดลูกทุก ๔ ชั่วโมง กระตุ้นให้ปัสสาวะทุก ๒ ชั่วโมง ระยะ active phase ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง ประเมินการเปิดของปากมดลูกทุก ๒ ชั่วโมง กระตุ้นให้ปัสสาวะทุก ๒ ชั่วโมง ให้งดน้ำงดอาหาร และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน กรณีได้รับยาเร่งคลอดติดตามประเมินการหดตัวของมดลูกตลอดเวลา

๓.๔ การดูแลระหว่างคลอด ให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกโดยใช้ยา syntocinon ๑๐ ยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังคลอดให้หน้าทุกรายเน้นการทำ active management of ๓ rd stage of labor ประเมินการสูญเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือด ประเมินภาวะตกเลือดโดยใช้หลัก ๔T's ได้แก่ การหดตัวของมดลูก (Tone) การตรวจรก (tissue) การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (trauma) และการแข็งตัวของเลือด (thrombin) กรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนที่จัดการไม่ได้ต้องประสานการส่งต่อ และส่งต่อได้ภายใน ๓๐ นาที

๓.๕ การดูแลระยะหลังคลอด มารดาที่เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดดูแลให้ยา oxytocin ต่อภายหลังการคลอดอย่างน้อย ๒ ชั่วโมง ประเมินการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้งและทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง รายที่ไม่สามารถคลึงมดลูกได้ ได้นำนวัตกรรมกระเป๋าน้ำแข็งวางบนหน้าท้อง ประเมินการแข็งตัวของมดลูก ประเมินการเสียเลือด ส่งต่อข้อมูลกับทีมที่รักษาเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๔. จัดทำแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอด และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง

๕. นิเทศให้ความรู้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานผู้คลอด คลินิกฝากครรภ์และสื่อสารแนวทางการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอดกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น องค์กรแพทย์ องค์กรพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม กลุ่มการเทคนิคบริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อใช้ในการปฏิบัติ

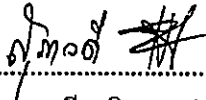
๖. ติดตามและประเมินผลลัพธ์การจัดทำแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อนำมาพัฒนาคุณภาพ ทุก ๓ เดือน และวางแผนจัดทำเป็นวิธีปฏิบัติประกาศใช้ในโรงพยาบาลม่วงสามสิบต่อไป

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. พยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานผู้คลอดสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่พัฒนา
๓. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง
๔. ผู้คลอดได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดและได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทันเวลาเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการตกเลือดหลังคลอดลดลงจากเดิม >๕%

(ลงชื่อ) 
 (นางสุภาวดี นิยมคุณ)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗
 ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ที่มีภาวะช็อกและได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕ – ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำราวิชาการ ทบทวนความรู้ ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลมาใช้ในการดำเนินงาน การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ดังนี้

๓.๑ ความรู้เรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infraction) พยาธิสภาพสาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา ภาวะแทรกซ้อน วิธีป้องกัน และการพยาบาล เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเสียชีวิตมากที่สุด เกิดจากความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่สมดุลกัน มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต มาตรฐานการรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล (CPG/CNPG STEMI) การใช้เครื่องมือ ได้แก่ Chest pain check List STEMI Fast Track และ Emergency Severity Index (ESI)

๓.๓ ความรู้เรื่องภาวะช็อก ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ความหมาย พยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล

๓.๔ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ (On Respirator)

๓.๕ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (on Endotracheal Tube)

๓.๖ การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

๓.๗ แนวปฏิบัติในการประเมินและรวบรวมข้อมูลแบบแผนสุขภาพโดยใช้ ๑๑ แบบแผนของกอร์ดอน

๓.๘ การใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน และการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้ ๗ Aspect of care ศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายในการประเมิน วางแผน เฝ้าระวัง ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

๓.๙ การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการประเมิน เฝ้าระวัง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่มีความยุ่งยากซับซ้อน มีปัญหาหลายระบบ และต้องใช้ความรู้ความสามารถเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการพยาบาลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ/ประเด็น/ที่มา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทยเนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดง ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์ พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีอัตราเสียชีวิตสูง ข้อมูลจาก Thai ACS Registry ในปี ๒๕๖๔ ปี ๒๕๖๕ ปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยทั้งหมด ๘๒๓๘ ราย ๗๔๙๑ ราย ๘๔๐๘ รายตามลำดับ อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๙) ๑๐.๐๖ ๙.๔๖ ๙.๐๕ ตามลำดับและจากข้อมูลเขตสุขภาพที่ ๑๐ ปี ๒๕๖๔ ปี ๒๕๖๕ และ ปี ๒๕๖๖ พบจำนวนผู้ป่วย ๕๐๐ ราย ๑๑๑๘ ราย และ ๒๙๙ ราย ตามลำดับ และมีอัตราเสียชีวิต (เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ ๙) ๑๓.๘๐ ๙.๐๙ และ ๙.๐๓ ตามลำดับ ข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๑ สารสำคัญ/ประเด็น/ที่มา (ต่อ)

โรงพยาบาลม่วงสามสิบ พบผู้ป่วยปี ๒๕๖๔ ปี ๒๕๖๕ ปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วย ๑๓ ราย ๑๐ ราย และ ๑๔ ราย ตามลำดับ เสียชีวิต ๔ รายในปี ๒๕๖๕ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ในการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษา การพยาบาลที่เหมาะสม การส่งต่อที่รวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยรอดชีวิต

บทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินมีส่วนสำคัญมากในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ระยะกึ่งวิกฤต ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย เพราะแต่ละระยะสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการประเมินภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างชำนาญ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย

๔.๒ เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับประเมินคัดกรองแรกรับอย่างถูกต้อง การวินิจฉัย การตรวจรักษา และให้ยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา การพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพการเจ็บป่วย การเฝ้าระวังภาวะวิกฤตตลอดระยะเวลาที่รับบริการในหน่วยงาน รวมทั้งการส่งต่อที่ทันเวลา มีการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นแก่โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ การดูแลที่เหมาะสมทั้งก่อนและขณะส่งต่อ จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต

๔.๓ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase จำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลม่วงสามสิบ

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖

๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๔.๑ ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ย้อนหลัง ๓ ปี

๔.๔.๒ เลือกศึกษาผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase จำนวน ๒ ราย เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นโรคที่มีอัตราตายสูง การประเมินคัดกรองแรกรับที่ถูกต้องเหมาะสม การวินิจฉัย การให้ยาละลายลิ่มเลือดที่รวดเร็วทันเวลา การพยาบาลและเฝ้าระวังภาวะทรุดลง รวมทั้งการส่งต่อที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต

๔.๔.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๔.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ศึกษาค้นคว้าทบทวนองค์ความรู้จากเอกสารตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาตรฐานการดูแลรักษาและมาตรฐานการพยาบาล รวมถึงกรอบแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่เลือกศึกษา

๔.๔.๕ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

๔.๔.๖ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโดยวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแล วางแผนการดูแลผู้ป่วยใน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๔ ขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

ระยะแรกเริ่ม ระยะก่อนวิกฤต ระยะวิกฤต ระยะก่อนส่งต่อ และขณะส่งต่อ โดยนำความรู้ทางวิชาการที่ได้จากการค้นคว้า จากผลการตรวจร่างกาย อาการ อาการแสดง การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คู่มือการใช้ยา มาตรฐานการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๔.๔.๗ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนด และประเมินผลการพยาบาล เพื่อปรับการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะตั้งแต่ระยะรับใหม่ ระยะต่อเนื่อง จนถึงจำหน่ายผู้ป่วย

๔.๔.๘ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๔.๙ สรุปผลการศึกษา

๔.๔.๑๐ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๔.๑๑ เผยแพร่ผลงาน

๔.๕ สารสำคัญ

กรณีศึกษารายที่๑

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๕ ปี ประวัติเป็น HT ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ รับประทาน ๑ ปี จากนั้นหยุดยาเอง สุกบุหรือวันละ ๒ มวนต่อเนื่องมา ๒๐ ปีตอนนี้ยังสูบบุหรี่ ตี๋มสูรนานๆ ครั้ง ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด มาด้วย ๓ ชม ก่อนมา ขณะออกแรงยกกระเบื้องมุงหลังคาบ้าน มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ดันมากกลางหน้าอก วิงเวียนศีรษะ วูบคล้ายจะเป็นลม ร่วมด้วย ญาตินำส่งรพ. แรกรับที่ห้องฉุกเฉินรู้สึกตัวดี T๓๖.๕ P ๖๘ RR ๒๐ BP ๑๑๐/๖๘ O๒ sat ๙๘% pain score ๘-๙ คะแนน ส่งตรวจเลือดผล BS ๑๒๓ mg% BUN ๑๔ Cre.a ๑.๔๕ Hct ๔๑ Plt.๑๗๑๐๐๐ Trop T <๔๐ ทำ EKG ผล ST elevation at II III avf ST depress V๒-V๖ ทำ V๓ R V๔R พบว่าไม่มี RV infraction แพทย์ให้ยา ASA gr V ๑ tab oral stat Clopidogrel ๗๕ mg ๔ tabs oral stat ผู้ป่วยยังจุกแน่นหน้าอกมาก แพทย์เวรส่งข้อมูลปรึกษา อายุรแพทย์โรคหัวใจที่ CCU รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ Diag STEMI สั่งการรักษา ให้ยาละลายลิ่มเลือดStreptokinase ๑.๕ ล้านยูนิตผสมใน D ๕W ๑๐๐ ml rate ๑๐๐ cc /hr โดยบริหารยาผ่าน infusion Pump

หลังได้ยา ๔๐ ml ผู้ป่วยซึมลง E๒V๑M๓ BP ๗๓/๔๘ RR ๑๘ แพทย์เวรได้ใส่ท่อช่วยหายใจ หยุดให้ยา SK on Respirator ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจอีกครั้ง ได้ให้ ๐.๙ NSS Load ๑๐๐๐ ml BP ๘๐/๕๐ P๗๔ drip DOPA ๒:๑ +D๕W ๑๐๐ ml rate ๑๐ cc/hr ส่งต่อรพศ.ถึง CCU รพศ.ได้ส่งทำ cath lab ผล RCA total occlusion ๘๐% stenosis at LAD ได้ทำ PCI admit CCU ในวันต่อมา.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีขึ้น ได้off tube และ ๒ วันต่อมา ผู้ป่วยมีไข้ ฟังปอดมีเสียง crepitation BL ส่ง CXR RLL infiltration ได้พ่นยา และฉีดยา ATB tazocin ๔.๕ mg IV ทุก ๘ ชม เป็นเวลา ๕ วัน อาการดีขึ้น ไข้ลดลง และได้จำหน่ายจาก CCU รวมเวลายอนโรงพยาบาลทั้งหมด ๙ วัน นัดมาทำ PCI to LAD อีก ๔ เดือน ผู้ป่วยมาตามนัด ตอนนี้อาการปกติ มีนัดรับยาที่รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ ทุก ๑ เดือน ASA ๘๑ mg ๑*๑ Clopidogrel ๗๕ mg ๑*๑ Losec ๑*๑ Enalapril ๕ mg ๑*๑ ativan ๑*hs carvedilol ๐.๕ * ๒

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ ๒

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๕๑ ปี ประวัติ HT/Gouty ปี ๒๕๖๒ รับยา ๒ ปี จากนั้นหยุดยาเอง สูบบุหรี่มานานเองวันละ ๑๐ มวนต่อเนื่องมา ๒๐ ปี ตอนนี้อยู่สูบบุหรี่ ดื่มสุรานานๆ ครั้ง ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด มาด้วย ๔ ชม ก่อนมา ขณะขับมอเตอร์ไซด์ มีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ เจ็บแน่นร่วมด้วย มีเหงื่อออกใจสั่น ตรวจที่ห้องฉุกเฉินแรกได้รับรู้สึกตัวดี T ๓๖.๒ P ๖๖ RR ๒๐ BP ๑๘๘/๑๐๗ O๒ sat ๙๘% pain score ๘-๙ ตรวจ EKG แรกได้รับผล ST Elevate at II III avf ST depress avl V๒-V๕ ทำ V๓ R V๔ R พบว่ามี STE RV infraction ผลตรวจเลือด BS ๑๓๑ mg% BUN ๑๖ Crea.๐.๘ Hct ๔๕ Plt ๓๑๔๐๐๐ Trop T ๒๐๐ แพทย์เวรให้ยา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab oral stat Clopidogrel ๗๕ mg ๔ tabs oral stat consult CCU รพศ. Diag STEMI inferior posterior wall MI c RV infraction มีคำสั่งแผนการรักษาให้ Streptokinase ๑.๕ ล้านยูนิต + D&W ๑๐๐ ml drip rate ๑๐๐ cc/hr หลังให้ยาหมดใน ๑ ชม. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP ๑๔๓/๗๗ P๗๔ pain score ๘-๙ ส่งต่อรพศ.สรรพสิทธิประสงค์ ได้ทำ PCI เส้น RCA admit ๑ วัน และจำหน่ายในวันรุ่งขึ้น นัดทำ PCI อีกครั้ง ๕ เดือนต่อมา ผู้ป่วยไปตามนัด ตอนนี้อาการปกติ รับยาที่รพศ. ๘ เดือน ตอนนี้อยู่กลับมารับยาที่รพ. ม่วงสามสิบทุก ๑ เดือน ASA ๘๑ mg ๑*๑ Clopidogrel ๗๕ mg ๑*๑ Atorvastatin ๔๐ mg ๑*๑ hs calcium ๑๒๕๐ mg ๑*๑ Omeprazole ๑*๑ Lora ๐.๕ mg ๑*๑ hs MTV ๑*๑

สรุปผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นเพศชาย กรณีแรกสูงอายุ กรณีที่ ๒ วัยกลางคน มีโรคประจำตัวเหมือนกัน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และหยุดยาเอง ประวัติสูบบุหรี่มายาวนานเหมือนกัน มีอาการสำคัญนำส่ง ผลการตรวจคลื่นหัวใจ และการวินิจฉัยโรคคล้ายคลึงกัน มีความรุนแรงของโรคคล้ายคลึงกัน ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเหมือนกัน และมีปัจจัยเสี่ยงในการให้ยาละลายเหมือนกัน

ผู้ป่วยรายที่ ๑ มีภาวะวิกฤตในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่สามารถให้ยาจนครบได้ มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาลที่รพ.แม่ข่าย ที่รับส่งต่อ ระยะเวลารักษามากกว่า

ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีความเสี่ยงขณะแรกรับ เนื่องจากความดันโลหิตสูง แต่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ใช้ระยะเวลารักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อน้อยกว่า

กรณีศึกษาทั้งสองราย ได้รับการคัดกรองถูกต้องตั้งแต่แรกรับ โดยใช้ เครื่องมือ ESI และ Chest pain check list ตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ทันที และได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางของ STEMI fast track มีการปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา Streptokinase ในหน่วยงาน เมื่อผู้ป่วยทรุดลง ได้รับการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตอย่างทันท่วงที ได้รับการส่งต่อเหมาะสม โดยระบบ Mobile ICU เป็นช่องทางด่วน มีการส่งต่อข้อมูลระหว่างรพ. ต้นทางและรพ. แม่ข่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข มีการส่งต่อข้อมูลให้รพ. สต ออกติดตามเยี่ยม โดยผู้ป่วยรายแรก ยังไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ทันที แต่ลดปริมาณลงและเข้าคลินิกอดบุหรี่ ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๒ สามารถงดสูบบุหรี่ได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ

เพื่อลดอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษ <ร้อยละ ๙

อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (diagnosis to SK) ภายใน ๓๐ นาที

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลการเก็บรวบรวมผลงานข้อมูลสถิติด้านบริการผู้ป่วย STEMI ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖
งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลม่วงสามสิบ

รายละเอียดข้อมูล	ปี ๒๕๖๖	หมายเหตุ
๑.การพยาบาลผู้ป่วย STEMI (ราย)	๑๐	
๒.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase (ราย)	๓	การให้ยา SK ขึ้นกับคำสั่งการรักษา ของ Cardiologist CCU รพศ. สรรพสิทธิประสงค์
๓.Diagnosis to SK (นาที)	๒๕	
๔.อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ราย)	๐	

เชิงคุณภาพ

ผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน ๒ ราย ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลม่วงสามสิบ และได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase โดยมีการประเมินคัดกรองแรกรับ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหา และความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การใช้ยาความเสี่ยงสูงที่จำเป็นอย่างเฉพาะโรค และเครื่องมือพิเศษต่างๆ ให้การพยาบาล ปฏิบัติการช่วยชีวิตเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต การส่งต่อที่รวดเร็วทันเวลา และการติดตามหลังจำหน่าย สอนแนะนำให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายกลับบ้านและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุปผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และได้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ภายใน ๓๐ นาที
๒. ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อมีอาการซึมลง หายใจหอบเหนื่อย ทำให้ปลอดภัยจากภาวะการหายใจล้มเหลว
๓. ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและปลอดภัยจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase
๔. บุคลากรได้มีการสืบค้นความรู้จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๕. สามารถนำกรณีตัวอย่าง มาศึกษา วิเคราะห์ กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตและนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการการพยาบาล และการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. มีการใช้เครื่องมือใหม่ๆ (Respirator) ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
๗. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑ ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

๖.๒ เป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในและนอกหน่วยงาน

๖.๓ เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจศึกษา

๖.๔ ใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายที่ ๑ ผู้ป่วยอายุ ๗๕ ปี กรณีศึกษารายที่ ๒ อายุ ๕๑ ปี ทั้งสองรายมีโรคประจำตัวที่เป็นภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังหยุดยาเอง พฤติกรรมสุขภาพทั้งสองราย สูบบุหรี่ต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานมากกว่า ๑๐ ปี มารับบริการล่าช้าเนื่องจากไม่ทราบอาการของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้มีอาการรุนแรง เมื่อมีอาการมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว ไม่ได้นำส่งโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ไม่ได้รับดูแลที่เหมาะสมขณะส่งต่อ

กรณีศึกษารายที่ ๑

ชายไทยอายุ ๗๕ ปี ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อปี ๒๕๖๑ รับประทาน ๑ ปีจากนั้นหยุดยาเองดื่มสุรานานๆ ครั้ง สูบบุหรี่วันละ ๒ มวนต่อเนื่องมา ๒๐ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการจุกแน่นลิ้นปี่ต้นกลางหน้าอก วิงเวียนศีรษะวูบคล้ายจะเป็นลมร่วม ก่อนมา ๔ ชั่วโมง เลยระยะเวลาที่เหมาะสมคือ ๑๒๐ นาที พยาบาลได้ประเมินแรกรับโดยใช้เครื่องมือคัดกรอง ESI (Emergency severity index) ถูกคัดเข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากเป็นผู้ป่วยวิกฤต Level ๑ แรกรับรู้สีกตัวดี pain score ๘-๙ ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อ่านผลเบื้องต้น พบมี ST elevation รายงานแพทย์ดูอาการสั่งการรักษาให้ยาและส่งข้อมูลผู้ป่วยปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ วินิจฉัย STEMI inferior wall มีคำสั่งการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase พยาบาลได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย STEMI มาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือด และมีการเฝ้าระวังตลอดเวลาที่ให้ยา เนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ ขณะให้ยาได้ ๔๐ ml ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ความดันโลหิตต่ำ พยาบาลได้ประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์ทันที ผู้ป่วยได้ใส่ท่อช่วยหายใจและ on respirator หยุดให้ยา SK ได้รับสารน้ำ ๐.๙ NSS load ๑๐๐๐ ml BP ยังต่ำ ๘๐/๕๐ ได้ให้ยากระตุ้นหัวใจ DOPA ๒*๑ rate ๑๐ cc /hr ก่อนส่งต่อได้รับการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นแก่รพ. แม่ข่ายที่รับส่งต่อ ขณะส่งต่อ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีพยาบาลนำส่ง ๒ คน มีการติดตามสัญญาณชีพ และตำแหน่งท่อช่วยหายใจเป็นระยะ ป้องกันผู้ป่วยทรุดลง และ ใช้ระบบสื่อสารเป็น mobile ICU ซึ่งเป็นช่องทางด่วนเข้า CCU จากการติดตามเยี่ยมสอบถามอาการผู้ป่วยอาการดีขึ้น ได้ทำการสวนหัวใจในวันแรกที่ส่งต่อ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันต่อมา แต่มีภาวะแทรกซ้อนคือมีภาวะปอดบวมขณะนอนรักษาที่ CCU ได้ให้ยา antibiotic ๕ วัน อาการปอดบวมทุเลา แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาตัว ๙ วัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒

ชายไทยอายุ ๕๑ ปี ประวัติเป็นความดันโลหิตสูงเมื่อปี ๒๕๖๒รับยา ๒ ปีจากนั้นหยุดยาเอง สบู่หรือมีวันละ ๑๐ มวนต่อเนื่องมา ๒๐ ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการจุกแน่นลิ้นปี่ร้าวไปหลัง ก่อนมา ๔ ชม. มีอาการเหงื่อออกใจสั่นร่วมด้วย pain score ๘-๙ พยาบาลได้ประเมินคัดกรองแรกรับ โดยใช้แบบคัดกรอง ESI (Emergency Severity Index) จัดเป็นผู้ป่วยวิกฤต Level ๑ ตรวจที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลได้ประเมินอาการซ้ำ โดยใช้ chest pain check list ทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อ่านผลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทันที แพทย์สั่งการรักษาโดยการให้ยา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab oral stat Clopidogrel ๗๕ mg ๔ tabs oral stat ส่งข้อมูลผู้ป่วยปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ diag STEMI inferior wall สั่งการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ๑.๕ ล้านยูนิต ผสมใน D5W ๑๐๐ ml drip infusion pump ๑๐๐ cc/hr พยาบาลได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถบริหารยาแก่ผู้ป่วยได้ภายใน ๓๐ นาทีตามข้อกำหนด ให้ข้อมูลญาติและผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม และมีการเฝ้าระวังที่ดี ตลอดให้ยา เนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง BP ก่อนให้ยา ๑๘๘/๑๐๗ ขณะให้ยาผู้ป่วยอาการปกติสามารถให้ยาได้จนครบโดส BP หลังได้รับยา ๑๔๐/๗๐ และได้รับการส่งต่อไปรักษาเพิ่มเติมกับอายุรแพทย์โรคหัวใจที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ขณะส่งต่อ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤต มีพยาบาลนำส่ง ๒ คน มีการติดตามสัญญาณชีพ อาการผู้ป่วยเป็นระยะ ป้องกันผู้ป่วยหดรลง และ ใช้ระบบสื่อสารเป็น mobile ICU ซึ่งเป็นช่องทางด่วนเข้า CCU จากการติดตามเยี่ยมสอบถามอาการผู้ป่วยอาการดีขึ้น ได้ทำการสวนหัวใจในวันแรกส่งต่อ อาการดีขึ้น และจำหน่ายจาก CCU ในวันต่อมา รวมระยะเวลาการรักษาตัว ๑ วัน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากปัญหาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งขาดยาทำให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี พฤติกรรมสุขภาพการสูบบุหรี่ที่ต่อเนื่องมายาวนาน พยาบาลห้องฉุกเฉินต้องมีทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยใช้ ESI Chest pain Check List STEMI fast track การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง Streptokinase รวมทั้งทักษะการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตที่สำคัญเครื่อง infusion pump Respirator ด้านการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษา CPG และมาตรฐานการพยาบาล CNPG STEMI ให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ Diagnosis to SK ภายใน ๓๐ นาที อัตราการเสียชีวิต <๔% และการส่งต่อที่ทันเวลา ภายใน ๔๕ นาที ในรายที่ไม่ได้ให้ยา SK และ ๑.๔๕ ชม. ในรายที่ให้ยา SK ที่หน่วยงานก่อนส่งต่อ ส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในหน่วยงานในปี ๒๕๖๖ สามารถให้ยา SK ได้ภายใน ๓๐ นาทีและให้ได้ทุกรายที่อายุรแพทย์โรคหัวใจมีคำสั่งการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือด จากการเตรียมทีมการรักษา การบริหารยาที่ดี การนำ CPG และ CNPG สู่การปฏิบัติ และมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ปรับปรุงสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม จัดหาอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ ทันสมัยมีการบำรุงรักษาให้พร้อมใช้อยู่เสมอ

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมารับยาที่โรงพยาบาล ๒ ครั้งและจากการโทรศัพท์สอบถามอาการ ๑ ครั้ง พยาบาลได้ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว การรับยาต่อเนื่อง อาการเสี่ยงที่ควรจะมาพบแพทย์ก่อนนัดโดยใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมขณะนำส่ง มีการเสริมพลังผู้ป่วยในการที่จะงดการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการดำเนินของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการรักษาชีวิตและสุขภาพให้พ้นจากภาวะของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการกลับเป็นซ้ำ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

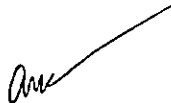
ผู้ป่วยกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง ๒ ราย เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะวิกฤตที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ มีโรคประจำตัวที่เป็นกลุ่มเสี่ยง การดำเนินโรคเร็วและรุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองและประเมินสภาพแรกเริ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วทันเวลา พัฒนาแบบคัดกรองกลุ่มอาการเจ็บหน้าอก หรือกลุ่มที่อาการไม่ชัดเจน เช่น ปวดจุกแน่นท้อง วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยอ่อนเพลีย เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ทั้งพยาบาลคัดกรองด้านหน้า ผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ ตึกผู้ป่วยในและขยายถึงทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลที่มีการให้บริการผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยเข้าได้กับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้นำส่งตรวจที่ห้องฉุกเฉินทันที ห้องฉุกเฉินมีการจัดระบบบริการเป็นช่องทางด่วน การเตรียมทีมการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ดูแลในหน่วยงาน การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลต้นทางกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังได้รับการรักษาเบื้องต้นที่รพช. จะต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาเพิ่มเติมกับอายุรแพทย์โรคหัวใจทุกราย หลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกหากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ดังนั้นการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ในชุมชน จึงเป็นสิ่งจำเป็น เมื่อมีอาการเตือนให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ไม่ควรรอจนอาการเป็นมากขึ้น โดยการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเสียชีวิต

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานด้วยวาจา ในโครงการประชุมวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ "ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI" รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วย นำมาจัดเป็นรูปเล่มรวบรวมโดยนางสาว อรศรี วันดี เป็นผู้เสนอผลงานทุกขั้นตอน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ  ผู้ขอประเมิน

(นางสาวอรศรี วันดี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

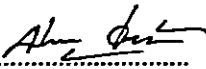
(วันที่)/...../.....

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. นางสาว อรศรี วันดี	

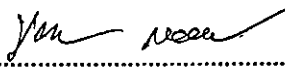
ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ 

(นางนุชนาต สุกฤษณ์)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่ ๕ / ๖.๓ / ๒๕๖๓)

ลงชื่อ 

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

(วันที่ ๕ / ๖.๓ / ๒๕๖๓)

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑.เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกด้วย Chest pain checklist

๒.หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคนไทย ถือเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย และถูกต้องรวดเร็วภายใน ๗๐ นาที หลังจากมีอาการจะลดอัตราการเสียชีวิตลงได้มากถึง ๗ เท่า ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI นี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ หรือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ ขึ้นไป รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้ยังมีโอกาสพบภาวะหัวใจล้มเหลวและทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูง

หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ในระบบบริการสุขภาพเน้นการดูแลที่รวดเร็วโดยผ่านระบบช่องทางด่วน (fast track) ของเครือข่าย STEMI เขตสุขภาพที่ ๑๐ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion) ในระยะเวลาที่เหมาะสม หลังมีอาการด้วยการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agents) หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยันในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อม (Primary Percutaneous Coronary Intervention ; PPCI) ต้องรีบทำภายใน ๑๒ ชั่วโมง ดังนั้น ต้องใช้ความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับมาจัดการร่วมกัน โดยทีมสถานบริการสุขภาพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว มีการบริหารจัดการในการรับและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ มีการเฝ้าระวังและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล รักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็วทั้งการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ตลอดจนการให้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตั้งแต่เริ่มมีอาการในชุมชนโดยให้ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล อสม.ในเขตรับผิดชอบทราบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เมื่อมีอาการเข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้รีบมาโรงพยาบาล โดยใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือสามารถประสานกับเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อให้คำแนะนำ ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น และส่งต่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย
๒. เพื่อให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นระบบ Fast track ในโรงพยาบาลและมีการสื่อสารให้ทุกจุดที่ให้บริการผู้ป่วยทราบ มีระบบการคัดกรอง มีแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
๓. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม้ช่วยอย่างเหมาะสม

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการให้บริการที่รวดเร็ว ทันเวลาเมื่อสงสัยมีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (ภายใน ๗๐ นาที)
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรองแรกรับที่ถูกต้อง รวดเร็ว (under triage =๐)
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการเป็นช่องทางด่วนที่ห้องฉุกเฉิน (STEMI Fast track)

๔. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ส่วนใหญ่เกิดกับผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว บางครั้งอาการแสดงอาจไม่ชัดเจน หรือยังไม่มีอาการรุนแรงในระยะแรก ๆ ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า เมื่อมีอาการมากขึ้น จึงจะมาถึงโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจเป็นอันตรายถึงขั้นเสียชีวิตได้ การมารับบริการส่วนมากจะมาโดยรถส่วนตัว บางครั้งต้องรอนาน การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังน้อย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลขณะนำส่งอย่างเหมาะสม ระยะเวลาการคอยการรับบริการเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย

โรงพยาบาลม่วงสามสิบเป็นโรงพยาบาลระดับ F๑ ขนาด ๖๐ เตียง เปิดให้บริการจริง ๙๘ เตียง ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ ทีมนำด้านการรักษาของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ (patient Lead Team) ได้ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI อีกทั้งเป็นจุดเน้นที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ ๑๐ ในการให้บริการเป็นช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงได้พัฒนาแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและอาการสำคัญที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ดังนี้

๑. ในชุมชน ทำการคัดกรองผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปทุกราย โดยใช้แบบประเมิน CVD Risk Score แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือกลุ่มเสี่ยงต่ำ มีการส่งเสริมการให้ความรู้ ความเข้าใจ ปัจจัยเสี่ยง สัญญาณเตือน และแนวทางการร้องขอ ๑๖๖๙ กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ดำเนินการเหมือนกลุ่มเสี่ยงต่ำ แต่เพิ่มความเข้มข้นการให้คำปรึกษา และติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดย อสม. และเจ้าหน้าที่รพ. สต กลุ่มเสี่ยงสูง ส่งพบแพทย์ทุกราย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ลงทะเบียน ปักหมุดระบุบ้านผู้ป่วยเสี่ยงสูง เพิ่มความเข้มข้นการให้คำปรึกษา การติดตามผลและประเมิน CVD Risk Score ถี่ขึ้น

๒. จัดทำ chest pain check list สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยกู้ชีพ เพื่อให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

๓. ในโรงพยาบาล สื่อสารแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยใช้ ESI (Emergency Severity Index) กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยวิกฤต level ๑ เป็นช่องทางด่วนตรวจที่ห้องฉุกเฉิน

๔. ปรับระบบการคัดกรองซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองแรกรับที่ถูกต้องรวดเร็ว โดยกำหนด under Emergency triage ในกลุ่มนี้=๐

๕. กำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน (CNPG STEMI Check List) เมื่อพบผู้ป่วยดังนี้

๕.๑ ชักประวัติ อาการสำคัญที่เข้าได้กับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เจ็บหน้าอก คล้ายของหนักทับ อาการเป็นนานมากกว่า ๑๕-๒๐ นาที อาจร้าวไปหลังหรือไหล่ เหงื่อออกตัวเย็น คลื่นไส้อาเจียน วูบ หมดสติ ตามหลักการ NOPQRST

๕.๒ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จากเดิมทำภายใน ๑๐ นาที ปัจจุบันสามารถทำได้ทันทีหรือภายใน ๕ นาที พยาบาลอ่านผลเบื้องต้น กรณีพบ ST Elevation รายงานแพทย์ทันที

๕.๓ ให้ออกซิเจน เฉพาะในรายที่ $O_2 sat < 90\%$

๕.๔ ส่งตรวจ Troponin I เป็นช่องทางด่วน กำหนดเวลารับผลภายใน ๒๐ นาที

๕.๕ ส่งข้อมูลผู้ป่วยปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจที่รพ. แม่ข่ายภายใน ๕ นาที จากเดิมไม่ได้ กำหนดเวลาการ consult และการตอบกลับภายใน ๑๕ นาที

๕.๖ ในกรณีอายุรแพทย์โรคหัวใจมีคำสั่งการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถให้ได้ภายใน ๓๐ นาที

๕.๗ ปรับระบบการตามพยาบาลที่ทำหน้าที่ส่งต่อ จากเดิมจะตามเมื่อให้การพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินเสร็จแล้ว ทำให้ต้องเสียเวลาในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับให้พยาบาลส่งต่อรับทราบ ปรับเป็น เมื่ออายุรแพทย์โรคหัวใจ รพ.แม่ข่าย มีคำสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase จะตามพยาบาลส่งต่อ ๒ คน มาช่วยดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลผู้ป่วยเป็นระยะ เกิดการสื่อสารที่ดีในทีมการพยาบาล ทำให้เมื่อจะส่งต่อผู้ป่วยสามารถทำได้เลย

๕.๘ ประชุมร่วมกับทีมนำคลินิกในการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพงาน เพื่อลดระยะเวลารอคอย โดยในเคสที่ไม่ได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด สามารถส่งต่อได้ภายใน ๔๕ นาที ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ในรายที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนส่งต่อ กำหนดเวลาที่ ๑ ชม. ๔๕ นาที เนื่องจากระยะเวลาบริหารยา = ๑ ชั่วโมง

และข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีลักษณะทางคลินิกที่หลากหลายมีความแตกต่างกันในอาการที่แสดงออก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่ชัดเจน (Atypical Chest Pain) ซึ่งพบมากถึง ๓๐ % ไม่ได้เป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสที่จะคัดกรองผิดพลาดได้ รวมทั้งผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองโดยเฉพาะในโรงพยาบาล ไม่ได้มีเฉพาะพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรอง เช่น เหว่ยบายติก อาจจะเป็นศูนย์แปล หรือพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่จะเป็นผู้พบผู้ป่วยคนแรก ดังนั้นจึงได้จัดการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ และทุกหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยเช่นผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ กายภาพ แพทย์แผนไทย CAPD เพื่อให้สามารถใช้แบบคัดกรอง chest pain check list ได้อย่างเหมาะสม เมื่อพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ให้นำส่งตรวจห้องฉุกเฉินทันที ในกลุ่มที่มาด้วย Atypical chest pain และไม่มีภาวะเสี่ยง จะได้รับการส่งตรวจคลื่นหัวใจและอ่านผลก่อนทุกราย ถ้าปกติ จึงจะส่งตรวจที่ผู้ป่วยนอก และมีการทบทวนความเสี่ยงทุกครั้งที่พบอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์

ระยะเวลาดำเนินการ ๑ เมษายน ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองแรกรับถูกต้องเหมาะสม
๒. บุคลากรมีสมรรถนะในการคัดกรอง โดยใช้แบบประเมิน chest pain checklist
๓. บุคลากรห้องฉุกเฉิน สามารถใช้และปฏิบัติตาม CNPG STEMI Checklist
๔. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทาง STEMI Fast Track อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัย

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราการใช้ Chest pain checklist
๒. ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล (CNPG) STEMI ๑๐๐ %
๓. อัตราการรื้อเฟอร์ผู้ป่วยภายในเวลาที่กำหนด >๙๐%
๔. อัตราตายของผู้ป่วยลดลง
๕. อัตราการคัดกรองผิดพลาดลดลง
๖. อัตราการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น

(ลงชื่อ) 

(นางสาว อรศรี วันดี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ / ๖.๑ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะดื้อยา และมีภาวะแพ้ยา กรณีศึกษา
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กรณีศึกษารายที่ ๑ วันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖- ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖
กรณีศึกษารายที่ ๒ วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖- ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๖
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient - centred cares)

การดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การให้บริการดูแลรักษาแบบองค์รวมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งสังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมของชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย เพื่อให้เข้าใจและวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริงได้รอบด้าน เพื่อวางแผนแก้ไขได้ถูกต้อง

กระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ

๑. ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย(Explore both disease and illness)
๒. ช่วยเข้าใจชีวิตบุคคล(Understand the whole person)
๓. หาหนทางร่วมกัน(Find common ground)
๔. สร้างสรรค์งานป้องกันส่งเสริม(Incorporate prevention and health promotion)
๕. ต่อเติมความสัมพันธ์ที่ดี(Enhance doctor-patient relationship)
๖. มีวิถีอยู่บนความเป็นจริง(Being realistic)

กรอบแนวคิดในการศึกษาด้านการพยาบาลชุมชน (INHOMESSS)

การเยี่ยมบ้านเมื่อไปถึงควรเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจ จะช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง ทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ค้นหาปัญหา ร่วมแก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวโดยมองความสัมพันธ์แบบองค์รวมการเยี่ยมจะต้องประเมินสภาพครอบครัวในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือแนวทางปฏิบัติครอบครัว INHOMESSS ดังนี้

I=Immobility เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ หรือต้องอาศัยผู้อื่นดูแลในการกิจวัตรประจำวัน การใช้โทรศัพท์ การจัดยากินเอง

N=Nutrition ดูภาวะโภชนาการในส่วนที่สัมพันธ์กับภาวะโรค นิสัยการกิน ประเมินดูความเหมาะสมภาวะโภชนาการกับโรคที่เป็น

H=Home Environment สภาพสิ่งแวดล้อมในบ้าน รอบบ้าน การถ่ายเทอากาศ ใกล้เคียงชุมชน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน

O=Other People สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างไร บทบาทของสมาชิกต่อผู้ป่วย บุคคลที่รับผิดชอบ ตัดสินใจแทน

M=Medications การชักประวัติเรื่องยา การใช้ยาสมุนไพร การแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพ ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา การกินยาตรงตามแผนการรักษา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

E=Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผู้ป่วยในขณะนั้นเพื่อนำมาปรับแผนการดูแล

S=Spiritual Health ความเชื่อ ศาสนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ สิ่งที่ใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ

S=Service ประเมินความเข้าใจของครอบครัว ญาติให้ตรงกัน ความรู้สึกที่มีต่อระบบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย แผนการรักษาเป็นอย่างไร จะติดต่อใคร

S=Safety การประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยตั้งแต่โครงสร้างของบ้าน อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่มีความปลอดภัยเพียงพอหรือไม่

๒. การดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกตตรง(directly observe treatment; DOT) ในระบบบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคการดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกต หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคของพี่เลี้ยงที่ได้รับมอบหมายด้วยการสังเกตโดยตรง เพื่อให้กลืนยาครบทุกมื้อ ครบทุกเม็ด ครบทุกขนานให้กำลังใจ สอดถามอาการข้างเคียง หรืออาการแพ้ยา แนะนำการปฏิบัติตน ตลอดจนให้กำลังใจผู้ป่วยวัณโรครับประทานยาครบตามกำหนดรักษา พี่เลี้ยงที่ให้การดูแลรักษา มี ๒ ประเภท

๑.)เจ้าหน้าที่สาธารณสุข(health care worker) ผู้ป่วยวัณโรคที่อาศัยอยู่ใกล้หน่วยบริการสาธารณสุข/เดินทางสะดวกแนะนำให้มารับประทานยาที่หน่วยบริการสาธารณสุข แต่ถ้าไม่สะดวก เจ้าหน้าที่ควรเดินทางไปดูแลที่บ้านหรือชุมชน สำหรับผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาที่ต้องรับประทานยาหลายมื้อต่อวัน ต้องมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาต่อหน้า อย่างน้อย ๑ มื้อ/วัน ส่วนมื้ออื่นอาจใช้ผู้ที่ผ่านการอบรมแล้วร่วมเป็นพี่เลี้ยงได้

๒.)บุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคคลอื่นๆที่เชื่อถือได้ ควรผ่านการอบรมเรื่องวัณโรค โดยอาจเป็นพี่เลี้ยงที่บ้านผู้ป่วย หรือสถานที่อื่นๆที่ผู้ป่วยสะดวก

การพยาบาลด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยใช้หลักควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดย

๑.เฝ้าระวังการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล

๒.ประเมินมาตรฐานการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ

๓.ให้ข้อมูลและเสนอแนะกับผู้บริหารโรงพยาบาลเพื่อจัดระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพื่อลดความเสี่ยงของบุคลากรสาธารณสุขต่อการติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค

๔.จัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับวัณโรคและวัณโรคดื้อยาอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๓. การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการสนับสนุนด้านสังคม

วัณโรคพบบ่อยในผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม หลายรายเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมเมื่อป่วยเป็นวัณโรค มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประสบปัญหาวิกฤติทางการเงินมากขึ้น รวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ทางสังคมจากการใช้ยา การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งมีผลต่อการรักษาไม่ต่อเนื่องมากน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ต้องอาศัยกระบวนการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการให้การสนับสนุนด้านสังคมต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านนั้นๆมีความสำคัญตามหลักสิทธิของผู้ป่วยและจริยธรรม ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งเสริมการรักษาให้ต่อเนื่อง รวมถึงครอบครัวของผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพด้วย

การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล(case management) เป็นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีความสำคัญ มีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาที่ต่างกัน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายที่ต่อเนื่องจนรักษาหายนั้น ทีมสหวิชาชีพมีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและอดทนต่อการรักษา โดยปฏิบัติตามแนวทางดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนตามแนวทางรักษา
๒. เยี่ยมหน่วยบริการที่รับผิดชอบผู้ป่วยในเขตบริการเพื่อประเมินความพร้อมและให้คำปรึกษาด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (on the job training) แก่เจ้าหน้าที่
๓. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่เชื้อ การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านให้ได้รับการตรวจ และการประเมินด้านฐานะเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและมีกำลังใจ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ง่ายและแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ที่สำคัญคือถ้ามีการติดเชื้อในปอดที่เรื้อรังเป็นพื้นฐานในการรักษา ย่อมส่งผลกระทบต่อ ผู้ป่วย ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ชุมชน ประเทศชาติ มีประชากร ๑๐.๔ ล้านคนที่เป็นวัณโรค ผู้ป่วยประมาณ ๖๐๐,๐๐๐ คน ที่มีเชื้อวัณโรค Rifampicin โดยไม่ดื้อ Isoniazid (RR-TB) หรือดื้อทั้ง ๒ ตัว เรียกว่า MDR TB ซึ่งยาทั้ง ๒ ตัวเป็นยาหลักในการรักษาวัณโรค และจากจำนวนนี้ มีผู้ป่วยประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ คน เสียชีวิตจากวัณโรคดื้อยา จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยา RR-TB และ MDR-TB ทั่วโลกคิดเป็น ร้อยละ ๔.๑ ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และ ร้อยละ ๑๔ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อ ต่อยา isoniazid โดยไม่ดื้อ rifampicin ร่วมด้วย (Hr-TB) นั้น พบเฉลี่ยร้อยละ ๘ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ในปี ๒๕๖๖ จังหวัดอุบลราชธานีพบมีผู้ป่วยที่ดื้อยาหลายขนานจำนวน ๑๔ ราย อำเภอเมืองสามสิบบ พบ ๑ ราย และดื้อเฉพาะยา isoniazid แต่เชื่อยังไวต่อ rifampicin ๑ ราย

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เลือกทำกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและวัณโรคดื้อยาหลายขนาน โดยมีการวางแผนพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยา ครอบคลุมแผนการรักษา หายขาดจากวัณโรค ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๒.๑ ศึกษาสถิติรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรควัณโรคย้อนหลัง ๓ ปี และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา

**ข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี

ตารางที่ ๑ ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยที่ต้องค้นพบ (ราย)	จำนวนที่ขึ้นทะเบียน (ราย)	ร้อยละ	ที่เป็นวัณโรคดื้อยา/ ดื้อยาหลายขนาน (ราย)
๒๕๖๔	๑๓๐	๘๐	๖๑.๖๓	๐
๒๕๖๕	๑๓๐	๕๖	๔๓.๐๘	๐
๒๕๖๖	๑๒๗	๖๐	๔๗.๒๔	๑/๑

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ตารางที่ ๒ ความสำเร็จของการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่/กลับเป็นซ้ำ

ปี พ.ศ.	จำนวนที่ขึ้นทะเบียน (ราย)	รักษาหาย (ราย)	ร้อยละ
๒๕๖๔	๕๘	๕๒	๘๙.๖๕
๒๕๖๕	๗	๖๑	๘๗.๑๔
๒๕๖๕	๓๗	๓๑	๘๓.๗๘

จากตารางพบว่าในปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยที่ตรวจพบเป็นวัณโรคดื้อยา ๑ รายที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ไม่เคยได้รับการรักษา และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ๑ ราย เป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษามาแล้ว

๔.๒.๒ เลือกกรณีศึกษา จำนวน ๒ ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะดื้อยา ๑ ราย และดื้อยาหลายขนาน ๑ ราย

๔.๒.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๒.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรควัณโรค การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค กระบวนการพยาบาลจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๔.๒.๕ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

- ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งอดีต ปัจจุบัน และประวัติครอบครัว

- วินิจฉัยการพยาบาล

- วางแผนการพยาบาล

- ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

- ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้การปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง

๔.๒.๖ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๒.๗ สรุปผลการศึกษาเฉพาะราย

๔.๒.๘ เขียนรายงานการศึกษา จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ

๔.๓ เป้าหมาย

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรค ให้ได้รับความรู้ สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง เรื่อง การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การปฏิบัติตัวเพื่อลดความรุนแรงของโรค การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ ได้รับการรักษาหาย สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควัณโรคคอตีบ และวัณโรคคอตีบหลายขนานจำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการที่งานคลินิกวัณโรค โรงพยาบาล ม่วงสามสิบและไปรับบริการที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา โดยการประเมินปัญหาความต้องการ ให้การพยาบาลตามสภาพ ปัญหา และความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การใช้ยาและ ให้การพยาบาล ขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่าย และการติดตาม หลังจำหน่าย ติดตามกำกับการกินยาที่บ้าน สอนแนะนำให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ ๑ การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะคอตีบและมีภาวะแพ้ยา

๑.ข้อมูลส่วนบุคคล ; ชายไทย อายุ ๕๔ ปี, เชื้อชาติ : ไทย , สัญชาติ : ไทย , ศาสนา : พุทธ , สถานภาพคู่ : อาศัยอยู่กับ คู่สมรส , อาชีพ: เกษตรกร, ระดับการศึกษา : มัธยมศึกษาตอนต้น, สภาพบ้านเป็นบ้านชั้นเดียว มี ๑ ห้องนอน บ้านที่พักอาศัย ค่อนข้างห่างจากบ้านอื่น

๒.ประวัติการเจ็บป่วย;อาการสำคัญ ใช้ตำยา ไอมี่เสมหะสีขาวตอนกลางคืนมา ๔ เดือน น้ำหนักลด ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ; ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๘.๐๑ งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยเดินมาเอง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำทางอ่อนเพลีย มาด้วย ใช้ตำยา ไอมี่เสมหะสีขาวตอนกลางคืนมา ๔ เดือน น้ำหนักลด จาก ๔๔ กิโลกรัมเหลือ ๓๘ กิโลกรัม หลังจากซักประวัติรพพบแพทย์ พยาบาลได้ส่งตรวจเอกซเรย์ปอด และส่งตรวจเสมหะเพื่อหาเชื้อวัณโรค ระหว่างรอผลตรวจเสมหะ

จากการประเมินพบว่าอาจมีปัญหาแพร่กระจายเชื้อให้กับคนอื่นได้ แนะนำสวมหน้ากากอนามัยตลอด แยกโชนนั่งรอตรวจสำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจ แนะนำวิธีการเก็บเสมหะที่ถูกต้อง และส่งผู้ป่วยไปเก็บเสมหะยังที่จัดไว้ให้ ซึ่งเป็นบริเวณที่อากาศถ่ายเทสะดวกค่อนข้างห่างไกลคนสัญจร โดยแนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หายใจลึกๆ ขากเสมหะ บ้วนลงในตลับที่จัดไว้ให้ ปิดฝาให้แน่น นำส่งห้องชันสูตรหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจ สามารถปฏิบัติตาม ได้อย่างถูกต้อง

เมื่อได้ผลการตรวจเสมหะและผลการเอกซเรย์ จัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ ผลการตรวจภาพรังสีทรวงอก พบ Military pattern (การกระจายของจุดเล็กๆในปอดทั้ง ๒ ข้าง) น้ำหนัก ๓๘ กก.ส่วนสูง ๑๕๐ ซม.สัญญาณชีพแรก รับ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๘๔ครั้ง/นาที หายใจ ๒๔ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท Obsat ๘๘ % ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และได้ส่งตรวจ X-pert MTB (การเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค และการทดสอบความไวต่อยาของเชื้อ, ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคใช้เวลารอผลประมาณ ๑-๒ สัปดาห์) โดย ผลตรวจ มีดังนี้

ครั้งที่	AFB No	ว/ด/ป	ผลตรวจเสมหะ		
			spot	collect	ผล
๑	๓๗๘	๒๗ มี.ค.๖๖	/		๖ cells
๒	๓๗๘	๒๘ มี.ค.๖๖		/	๑+

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การวินิจฉัย ๑.TB Military ๒.Alcoholism นอนโรงพยาบาล ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖

การรักษาที่ได้รับ Isoniazid ๑๐๐มิลลิกรัม ครั้งละ ๓ เม็ดก่อนนอน Ethambutol hydrochloride ๔๐๐ มิลลิกรัม ครั้งละ ๒ เม็ดก่อนนอน Rifampicin ๔๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ดก่อนนอน Pyrazinamide ๕๐๐ มิลลิกรัม ๒ เม็ดก่อนนอน Vit.B๖(Pyridoxine) ๕๐มิลลิกรัม ๑ เม็ดก่อนนอน

ผู้ป่วยได้เข้านอนที่ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค ไม่แนะนำให้ญาติเฝ้า พยาบาลประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรค และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ได้ให้คำแนะนำเรื่อง วัณโรค เป็นโรคที่รักษาหาย ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ๖-๘ เดือน อย่าหยุดยาเองโดยเด็ดขาด เพราะอาจทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง งดเหล้า บุหรี่ ยาเสพติด รับประทานยาให้ตรงเวลา สืบสาวะอาจเปลี่ยนเป็นสีส้ม ใส่หน้ากากอนามัยถ้าอยู่กับบุคคลอื่นในช่วง ๒ เดือนแรก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำเรื่องอาหาร

หลังให้คำแนะนำ พยาบาลประเมินความเข้าใจอีกครั้ง ผู้ป่วยเข้าใจ สงพเภสัชกร เพื่อให้คำแนะนำเรื่องยา อาการข้างเคียงจากยาวัณโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ สงพนักโภชนาการ เนื่องจากน้ำหนักลด ให้คำแนะนำเรื่องอาหารและจัดอาหารให้เหมาะสมในช่วงที่อยู่โรงพยาบาล

วันที่ ๒๘ - ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๖ จากการเยี่ยมที่ตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้

วันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖ แพทย์วางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีผลข้างเคียงจากยา รับประทานอาหารได้ ไม่มีเหนื่อยเพลีย มีนัดครั้งต่อไป ๒๘ เมษายน ๒๕๖๖ รวมที่ได้ยารักษาวัณโรค ๓ วัน

วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๖ ผลตรวจ X pert MTB Result :MTB Detected INH Result : Resistanace Detected พยาบาลโทรศัพท์ตามผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อปรับยาใหม่

วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๔๓ น. ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด มีเบื่ออาหารทานได้น้อย น้ำหนักลด เหนื่อยเพลีย น้ำหนัก ๓๔.๒ กิโลกรัม อุณหภูมิ ๓๖.๓ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๓๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๓๐ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๗ มิลลิเมตรปรอท รวมได้ยา ๙ วัน แพทย์ผู้ดูแลโทรศัพท์ปรึกษาอายุรแพทย์ที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ส่งไปปรับยาวัณโรค และเข้ารับการรักษา ๕ เม.ย.๒๕๖๖-๑๑ เม.ย.๒๕๖๖

ปรับยาใหม่ Off INH เพิ่ม Levofloxacin ๕๐๐mg ๑.๕ tab hs ไปรับยาที่ รพ. ๕๐ พรรษา ตลอดตามนัด ๒๐ เม.ย.๒๕๖๖ ตรวจเสมหะ ๒ ตลับ ผลปกติ เอกซเรย์ปอดดีขึ้น

ส่งตัวกลับมารับยาที่ รพ.ม่วงสามสิบต่อ ๑๙ ก.ค.๒๕๖๖ มาโรงพยาบาลม่วงสามสิบด้วยผื่นคัน ค่อยๆขึ้นตามร่างกาย ใบหน้า ไม่มีเหนื่อยเพลีย ไม่มีหอบเหนื่อยตรวจร่างกาย PE : seen generalized MP (maculopapula) Rash at trunk (มีลักษณะคือเป็นรอยแบนสีแดงบนผิวหนัง ผสมกับบริเวณที่นูนขึ้น อาจเห็นเป็นสีแดงบนผู้ที่ผิวสีอ่อน)

ส่งตัวกลับไป รพ.๕๐ พรรษาอีกครั้ง แพทย์ Off Levofloxacin คงเหลือ Rifampicin Pyrazinamide Ethambutol กลับมารับยาต่อที่ รพ.ม่วงสามสิบจนครบการรักษาหลังจากนั้นไม่มีผื่นใหม่ ขึ้นอีก ยังคงเหลือผื่นเดิมที่ยุบลงกลายเป็นสีดำตกสะเก็ด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ภาพที่ ๑ ผื่นที่ค่อยๆทยอยขึ้นตามร่างกายใบหน้า



ภาพที่ ๒ หลังจากรักษาครบ รอยดำยังคงอยู่



การวางแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการสนับสนุนด้านสังคม

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เริ่มยาสูตรดื้อยา เมื่อ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๖ มีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

๑.) พยาบาลคลินิกวัณโรค ให้คำปรึกษาและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย/ญาติ ติดตามให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านคัดกรองวัณโรค

๒.) เภสัชกรที่รับผิดชอบ ให้คำปรึกษาเรื่องยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

๓.) เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน กำกับการกินยาผู้ป่วยที่บ้าน

๔.) อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตที่ผู้ป่วยอาศัย

เยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๖ หลังจากมีภาวะแพ้ยาผื่นขึ้นทั้งตัว มีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วมในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

๑.) พยาบาลคลินิกวัณโรค ประเมินสภาพร่างกายและจิตใจหลังผื่นยุบลง

๒.) เภสัชกรที่รับผิดชอบ ให้คำปรึกษาเรื่องยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

๓.) เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน กำกับการกินยาผู้ป่วยที่บ้าน

๔.) อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในเขตที่ผู้ป่วยอาศัยกำกับการกินยาผู้ป่วยที่บ้าน

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒

ชายไทย อายุ ๗๒ ปี สถานภาพ คู่ อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรสาว บุตรชายและหลาน อีก ๒ คน อาชีพ เกษตรกร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สภาพบ้านเป็นบ้านสองเดี่ยว มี ๒ ห้องนอน ๑ ห้องน้ำ บ้านที่พักอาศัย ค่อนข้างอยู่ไกลจากบ้านอื่น มีประวัติน้องชายอยู่คนละหลังคาเรือนป่วยเป็นวัณโรค ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจแยกโรคทางเดินหายใจ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลม่วงสามสิบ วันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๑๒ น. มาโรงพยาบาลด้วย ไข้ ไอบ่อยเสมหะสีขาว ตอนกลางคืนมา ๑ เดือน ไข้ต่ำๆมีน้ำหนัลด เคยป่วยเป็นวัณโรคมาแล้ว ๒ ครั้ง รักษาหาย หลังจากชักประวัติรพพบแพทย์ พยาบาลได้ส่งตรวจเอกซเรย์ปอดผลเอกซเรย์ปอด Infiltration RU

จากการประเมินพบว่าอาจมีปัญหาแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจให้กับคนอื่นได้ แนะนำสวมหน้ากากอนามัยตลอด แยกโซนนั่งรอตรวจสำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจ แพทย์วินิจฉัยเป็น Pneumonia bacterial

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ที่ส่งตรวจเสมหะ ๓ วัน ให้ยาปฏิชีวนะ ยาแก้อืด ยาลดไข้ ก่อนกลับบ้านพยาบาลแนะนำ วิธีการเก็บเสมหะที่ถูกต้องบ้าน โดยให้เก็บตอนเช้า ไม่แนะนำให้เก็บในห้องน้ำ ให้เก็บนอกบ้าน ค่อนข้างทางไกลคนสัญจร โดยแนะนำให้ผู้ป่วยบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หายใจลึกๆจากเสมหะ บ้วนลงในถ้วยที่จัดไว้ให้ ปิดฝาให้แน่น นำส่งห้องชันสูตรหลังให้คำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจ สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง นัดฟังผลเสมหะ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๖ นอนโรงพยาบาล ๑ คืน แพทย์วินิจฉัย ๑.TB Military ๒.CKD และได้ส่งตรวจ X pert MTB (การเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคและการทดสอบความไวต่อยาของเชื้อ, ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคใช้เวลา รอผลประมาณ ๑-๒ สัปดาห์) โดยผลตรวจ มี ดังนี้

ครั้งที่	AFB No	ว/ด/ป	ผลตรวจเสมหะ		
			spot	collect	ผล
๑	๔๓๒	๒๒ เม.ย.๖๖		/	Neg.
๒	๔๓๒	๒๓ เม.ย.๖๖		/	Neg.
๓	๔๓๒	๒๔ เม.ย.๖๖		/	๒+

ยาวัณโรคที่ได้รับ คือ Isoniazid ๑๐๐ มิลลิกรัม ครั้งละ ๓ เม็ดก่อนนอน Ethambutol hydrochloride ๕๐๐ มิลลิกรัม ครั้งละ ๒ เม็ดก่อนนอน Rifampicin ๕๕๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ดก่อนนอน Pyrazinamide ๕๐๐ มิลลิกรัม ๒ เม็ดก่อนนอน Vit.B๖(Pyridoxine) ๕๐มิลลิกรัม ๑ เม็ดก่อนนอน

ผู้ป่วยได้เข้านอนที่ห้องแยกสำหรับผู้ป่วยที่เป็นวัณโรค ไม่แนะนำให้ญาติเฝ้า พยาบาลประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยไม่มีความประสงค์ที่จะนอนโรงพยาบาล เนื่องจากเคยรักษาวัณโรคมาก่อน พยาบาลได้ให้คำแนะนำเรื่องวัณโรค ที่กลับเป็นซ้ำ ต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ๖-๘ เดือน อย่าหยุดยาเองโดยเด็ดขาด เพราะอาจทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยา มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง จดเวลา บุรียาเสพติด รับประทานยาให้ตรงเวลา สืบสาวประวัติเปลี่ยนเป็นสีส้ม ใส่หน้ากากอนามัยถ้าอยู่กับบุคคลอื่นในช่วง ๒ เดือนแรก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ แนะนำเรื่องอาหาร หลังให้คำแนะนำ พยาบาลประเมินความเข้าใจอีกครั้ง ผู้ป่วยเข้าใจ ส่งพบเภสัชกร เพื่อให้คำแนะนำเรื่องยา อาการข้างเคียงจากยาวัณโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่งพบนักโภชนาการ เนื่องจากน้ำหนักลด ให้คำแนะนำเรื่องอาหารและจัดอาหารให้เหมาะสมในช่วงที่อยู่โรงพยาบาลวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ผลตรวจ X pert MTB ออก พบ Isoniazid Rifampicin/Resistant เป็น MDR TB พยาบาลตามคนไข้และญาติมาพบแพทย์เพื่อส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ทางโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา แจ้งให้รอผลตรวจ Second Line Drug ผลตรวจออกเมื่อ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖ ไม่มีดื้อต่อยารักษาที่ ๒ และได้ส่งต่อคนไข้ไปที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา

การติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา โดยผ่านพยาบาลคลินิกวัณโรคและโปรแกรม NTIP

เริ่มยา MDR TB ๓๐ พ.ค.๒๕๖๖ โดย สูตรยา Shorter Plan ๙-๑๒ เดือน ซึ่ง ยาที่ได้รับ ดังนี้

- ๑.Bedaquiline(๑๐๐) ๔X ๐๘.๐๐ ภาวะตับอักเสบ ปวดศีรษะ
๒. Levofloxacin (๕๐๐) ๒X PC ตับอักเสบ ผื่นผิวหนัง
- ๓.Clofazimine(๒๕๐) ๒X PC สีผิวเปลี่ยน
- ๔.Protonamide (๒๕๐) ๓X hs ทำให้มวนท้องได้
- ๕.INH (๑๐๐) ๒X hs ทำให้เกิดตับอักเสบ ปวดประสาทตา ระบบทางเดินอาหาร
- ๖.PZA(๕๐๐) ๓X hs คลื่นไส้อาเจียนปวดท้องตัวเหลือง ผื่นผิวหนัง
- ๗.Ethambutal (๕๐๐) ๒X hs ผื่นผิวหนัง

รวมกินยา/วัน เข้า ๘ เม็ด เย็น + ก่อนนอน ๑๘ เม็ด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วันที่ ๘ มิ.ย. ๖๖ หลังได้ยา MDR TB ๙ วัน มีเหนืยเพลี้ยคลีนใสอาเจียน มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ยาตามอาการ

๑๑ มิ.ย.๖๖ ที่ห้องฉุกเฉิน นอกเวลาราชการ วิงเวียนเหนืยเพลี้ยยังคงอยู่ ได้ยาตามอาการ

ประวัติการรักษาจากโปรแกรม NTIP

๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เดือนที่ ๑

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๖ เดือนที่ ๒

๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เดือนที่ ๓

๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๖ เดือนที่ ๔

๑๙ กันยายน ๒๕๖๖ เดือนที่ ๕

๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๖ เดือนที่ ๖ ปรับลดยา เหลือยา ๕ ชนิด ได้แก่ ๑.) Bedaquiline (๑๐๐) ๔X๐๘.๐๐ น.,๒.) Levofloxacin (๕๐๐) ๒X PC, ๓.) Clofazimine (๒๕๐) ๒ X PC, ๔.) Ethambutal (๕๐๐) ๒X hs, ๕.) PZA (๕๐๐) ๓ X hs

๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เดือนที่ ๗

๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ เดือนที่ ๘

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการสนับสนุนด้านสังคม

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) ต้องมีการทำ Case management โดยมีสมาชิกที่ร่วมเป็นผู้ดูแล คือแพทย์ เป็นหัวหน้าทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษา พยาบาลคลินิกวัณโรค ขึ้นทะเบียนรักษา บันทึกข้อมูล จัดทำรายงาน ให้คำปรึกษา ให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ทำหน้าที่กำกับการรับประทานยา (DOT) ประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน และส่งข้อมูลให้ผู้ประสานงานวัณโรคระดับจังหวัด ติดตามผลการรักษาเภสัชกร อธิบายการใช้การรับประทานยา การเก็บรักษา ยา การจัดยาพร้อมจัดให้มีระบบเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา บริหารจัดการยาให้มีคุณภาพและเพียงพอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เจ้าหน้าที่ประสานงานระดับอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการ ดังนี้

๑.การวิเคราะห์ปัญหา และการประเมินปัจจัยเสี่ยง เช่นโอกาสเกิดการขาดยา เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ เดินทางไกล กินยาแล้วดีขึ้นไม่ไปรับยาต่อเนื่อง

๒.ทีมสหวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยเน้นกิจกรรม Empowerment ในการทำดังต่อไปนี้

- กระบวนการ ๓ C (Care Team ,Client ,Community) ในการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นทีมรักษา ผู้ป่วย และชุมชน การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

- กระบวนการตามมาตรการ ๒-๒-๒ ของระดับจังหวัด/ระดับเขต (๒ วัน:TB Clinic บันทึกข้อมูลใน NTIP Thailand ให้สมบูรณ์และส่งต่อผู้ป่วยให้ รพ.สต.ภายใน ๒ วัน ,๒สัปดาห์:Admitted ตามดุลพินิจของแพทย์ + Home ward โดยให้ รพ.สต. ลงติดตามกำกับการกินยาจัดสภาพแวดล้อมของที่อยู่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ติดตามการดูแลผู้ป่วยจนครบ ๒ สัปดาห์, ๒ เดือน : เจ้าหน้าที่ หรือ อ.ส.ม.กำกับการกินยาโดย DOT หรือ digital DOT และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ลงเยี่ยมบ้าน ๑๒ ครั้ง(คุณภาพ) ระยะเข้มข้นสัปดาห์ละครั้ง ระยะต่อเนื่องเดือนละ ๑ ครั้ง ทีมสหวิชาชีพลง Surprise visit ในผู้ป่วย High risk จนครบ ๒ เดือน

- กำกับการกินยาโดย DOT หรือ digital DOT ต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา

- การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา

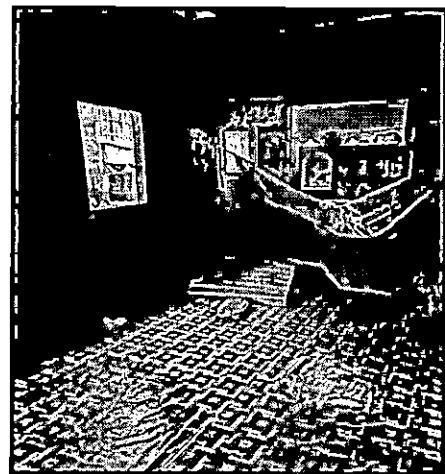
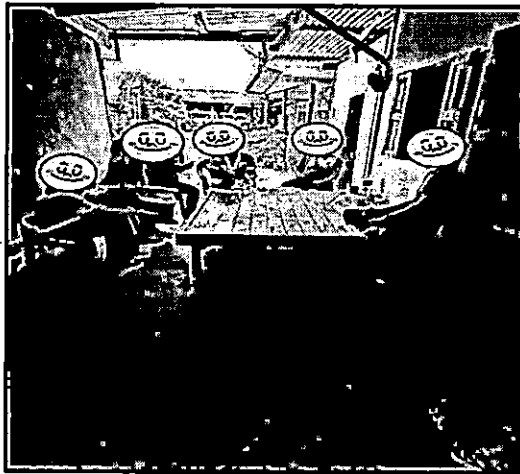
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- ระบบการป้องกันการติดเชื้อในบ้าน ส่วนในชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค
- การสอบสวนโรคและคัดกรองผู้สัมผัสโรค โดยเอกซเรย์ปอดผู้สัมผัสร่วมบ้านทุกราย

๓.สนับสนุนค่าเดินทางผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน เฉพาะผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่รักษาสูตรระยะสั้น (STR) (๙ เดือน) เดือนละ ๑,๕๐๐ บาท/ราย TB Clinic รพ.รวบรวมหลักฐาน ส่งเอกสารให้ สคร. เพื่อเบิกจ่ายทุกเดือน ตั้งแต่เดือนแรกที่เริ่มรักษา เพื่อสนับสนุนค่าเดินทาง เป็นขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ กระตุ้นการกินยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการกินยาจนครบการรักษา

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๑ วันที่ ๒ มิถุนายน ๒๕๖๖

ทีมสหวิชาชีพร่วมให้คำแนะนำติดตามอาการ



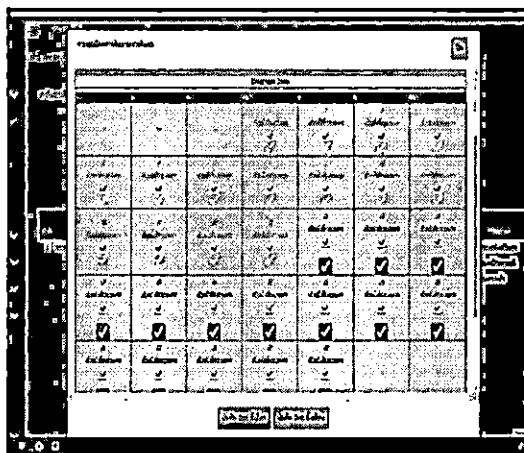
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ ๒ โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

- กำกับการกินยา เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา
- ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม
- ติดตามนัดรับยาครั้งต่อไป
- รายงานผลการกำกับการกินยา การเยี่ยมบ้านให้กับพยาบาลคลินิกวัณโรคโรงพยาบาล



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การกำกับการกินยาที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต./อสม. ผ่านระบบโปรแกรม NTIP



เปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย

ประวัติ	รายที่ ๑	รายที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
เพศ/อายุ/ การศึกษา	ชาย/๕๕ ปี/ป.๖	ชาย/ ๗๒ ปี/ป.๖	เพศเดียวกัน อายุต่างกัน การศึกษาเท่ากัน
สถานภาพ	สมรสอยู่กับการรยาไม่มี บุตร	สมรสอยู่กับการรยา บุตรสาว บุตรเขยหลาน ๒ คน	จำนวนผู้ดูแล/ผู้สัมผัสโรค ต่างกัน
ประวัติครอบครัว	ไม่มีบุคคลในครอบครัว ป่วยเป็นวัณโรค	มีน้องชายเคยป่วยเป็นวัณ โรค	ความเสี่ยงในการรับเชื้อต่างกัน
ประวัติส่วนตัว	ดื่มเหล้าขาว, สูบบุหรี่มา ๒๐ ปี ปัจจุบันเลิกแล้ว	ดื่มเหล้าขาว, สูบบุหรี่มา ๓๐ ปี ปัจจุบันเลิกแล้ว	ดื่มเหล้า สูบบุหรี่เหมือนกันมา เป็นระยะเวลานาน
สภาวะทาง เศรษฐกิจ	บ้านชั้นเดียว ๑ ห้องนอน ๑ ห้องน้ำ มีรถมอเตอร์ไซค์ ๑ คัน	บ้าน ๒ ชั้น ๒ ห้องนอน ๑ ห้องน้ำ, รถยนต์ ๑ คัน มีมอเตอร์ไซค์ ๑ คัน	สภาวะทางเศรษฐกิจมีผลต่อการ เดินทางมารับยา
ประวัติการแพ้ยา/ อาหาร	ปกติ	ปกติ	ทั้งคู่ไม่มีภาวะแพ้ยา/อาหาร
ประวัติการ เจ็บป่วย	ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคย ป่วยวัณโรค	CKD ๓ เคยป่วยเป็นวัณ โรค ๒ ครั้ง ครั้งสุดท้าย ปี ๒๕๔๙	รายที่ ๑ ไม่เคยเจ็บป่วย ไม่มีโรค ประจำตัว รายที่ ๒ เคยเป็นวัณ โรคมามากแล้ว ๒ ครั้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)

ประวัติ	รายที่ ๑	รายที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	๒๗ มี.ค.๖๖ ใช้ด่างๆ ไอ มีเสมหะสีขาว มีเหนียวเพื่อย น้ำหนักลด ๕ กก.	๒๑ เม.ย.๖๖ ใช้ด่างๆ ไอ มีเสมหะสีขาว น้ำหนักลด ๕ กก.	อาการไม่ต่างกัน เป็นอาการที่ชัดเจนของการติดเชื้อวัณโรค
ผลเอกซเรย์ปอด	Military pattern	Infiltration at RUL	รายที่ ๑ มีภาวะที่ปอดทั้ง ๒ ข้างไม่มีโพรง รายที่ ๒ มีรอยโรคที่ปอดข้างขวา
ผลตรวจเสมหะ / เชื้อดื้อยา	๖ cell/๑+/INH Result : Resistant Detected	neg/neg/๒+/INH Rifam Resistant Detected	มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้เท่ากัน รายที่ ๒ มีภาวะดื้อยาหลายขนาน
การรักษาที่ได้รับ	นอน รพ.๓ คืบ LFT , Anti HIV INH(๓๐๐) ๓X๑ Rifam (๔๕๐) ๑X๑ PZA(๕๐๐) ๒X๑ E(๔๐๐)๒X๑	นอน รพ.๑ คืบ LFT, Anti HIV INH(๓๐๐) ๓X๑ Rifam (๔๕๐) ๑X๑ PZA(๕๐๐) ๒X๑ E(๔๐๐)๒X๑	ยารักษาวัณโรคสูตรแรกที่ได้รับเป็นยาเดียวกัน จำนวนเม็ดเท่ากัน
การส่งต่อไปรักษา	นอนรักษาที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ๕คืบ ปรับยาใหม่ Rifam (๔๕๐) ๑X๑ PZA(๕๐๐) ๒X๑ E(๔๐๐)๒X๑ Levofloxacin ๕๐๐ มิลลิกรัม ๑ เม็ดครึ่ง ๖-๘ เดือน รวมยา/วัน ๖เม็ดครึ่ง ขอกลับมารับยาที่เดิม	โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา ไม่ได้นอน ปรับยาเป็นสูตรดื้อยา ยา Shorter Plan ๙-๑๒ เดือน รวมยา/วัน ๑๘ เม็ด รับยาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา	ภาวะดื้อยาตัวเดียวที่เป็น ไอโซไนอาซิดยังสามารถใช้ยาสูตรที่ ๑ ได้ ส่วนดื้อยาหลายขนาด จำเป็นต้องใช้สูตรยาใหม่ทั้งหมด ไม่สามารถใช้สูตรเดิมได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
เปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)

ประวัติ	รายที่ ๑	รายที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ภาวะแทรกซ้อนจากยา	Rash at trunk(มีลักษณะคือเป็นรอยแบนสีแดงบนผิวหนัง ผสมกับบริเวณที่นูนขึ้น อาจเห็นเป็นสีแดงบนผู้ที่มีผิวสีอ่อน)กระจายขึ้นทั้งตัวและใบหน้า มีอาการหลังได้ยา ๓ เดือน off Levofloxacin ให้เป็นINH (๓๐๐mg)๓X๑ Rifam (๔๕๐) ๑X๑ PZA(๕๐๐) ๒X๑ E(๔๐๐)๒X๑ ระยะเวลา ๖ เดือน	หลังปรับยา ๙ วันเหนื่อย เพลียคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียน รับประทานอาหารได้น้อย	รายที่ ๑ มีภาวะแพ้ยา ค่อนข้างรุนแรง ผื่นแพ้ยา กระจายขึ้นทั้งตัว ไม่มีไข้ ได้ยาไป ๓ เดือนมีผื่นขึ้นเมื่อหยุดยาที่แพ้ อาการดีขึ้น ส่วนรายที่ ๒ ยาจำนวนหลายเม็ดหลายขนานทำให้บางตัวมีผลกับระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มีอาการหลังได้ยาไป ๙ วัน
การรักษาต่อเนื่อง	รับยาต่อเนื่องที่ รพ.ม่วงสามสิบ ผลตรวจเสมหะเป็นลบ ปอดดีขึ้น ผื่นไม่มีขึ้นใหม่ น้ด ๒๐ ต.ค.๖๖ รับยาเดือนที่ ๖ เดือนสุดท้าย , ๒๐ ต.ค.๖๖ จำหน่ายจากการรักษา	รับยาต่อเนื่องที่ รพ.๕๐ พรรษาผลตรวจเสมหะเป็นลบทุกเดือน มีนัดรับยาทุกเดือน	ผลการรักษาดีขึ้นทั้ง ๒ ราย ไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ ปอดดีขึ้น รอยโรคน้อยลง

วิเคราะห์ผลการให้การพยาบาล

ด้านการรักษา	
รายที่ ๑	รายที่ ๒
- มีการเฝ้าระวังและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยา (active TB drug-safety monitoring and management : aDSM) สร้างความเข้าใจและการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับยา โดยการสอบถามและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ - ประเมินทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เช่นความสม่ำเสมอของการรักษา สภาพจิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาวัณโรค	- มีการเฝ้าระวังและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยา (active TB drug-safety monitoring and management : aDSM) สร้างความเข้าใจและการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับยา โดยการสอบถามและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ - ประเมินทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ เช่นความสม่ำเสมอของการรักษา สภาพจิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลความปลอดภัยจากการใช้ยาวัณโรค

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วิเคราะห์ผลการให้การพยาบาล(ต่อ)

ด้านการดูแล	
รายชื่อ ๑	รายชื่อ ๒
ผู้ป่วยอายุ ๕๙ ปี ไม่มีโรคประจำตัว ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ และ นักจิตวิทยา ร่วมกันสนับสนุนดูแลผู้ป่วยให้ได้ รับประทานยา อย่างต่อเนื่อง และแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะรักษา ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ให้กำลังใจ ถาม/สังเกตอาการข้างเคียง แจ้งผลความก้าวหน้าในการรักษาทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนรักษาหาย การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคดื้อยา การแพร่กระจายเชื้อ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น การรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การมารับยาตามแพทย์นัด	ผู้ป่วยอายุ ๗๒ ปี เคยป่วยมาแล้ว ๒ ครั้ง ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำท้องถิ่น ร่วมกันสนับสนุนดูแลผู้ป่วยให้ได้ รับประทานยา อย่างต่อเนื่อง และแก้ไข ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะรักษา ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ให้กำลังใจ ถาม/สังเกตอาการข้างเคียง ถามความก้าวหน้าในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนรักษาหาย การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวัณโรคดื้อยา การแพร่กระจายเชื้อ การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น การรับประทานยาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การมารับยาตามแพทย์นัด โครงการกองทุนโลก ด้านวัณโรคได้สนับสนุนค่าเดินทางสำหรับผู้ป่วยเดือนละ ๑,๕๐๐ บาท
ด้านการพยาบาล	
รายชื่อ ๑	รายชื่อ ๒
ผลตรวจเสมหะพบ ๑+ มีภาวะดื้อยา INH ไม่มีเสมหะ การเสริมความรู้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่การสวมหน้ากากอนามัย ควรแยกห้องนอนที่บ้าน ให้อยู่ในที่ ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกวิธีการกำจัดเสมหะ ควรบ้วนเสมหะใส่ภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วกำจัด โดยทิ้งในโถส้วม เน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญ ของการคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยการมา CXR เบื้องต้น เฝ้าระวังอาการที่สงสัยวัณโรค การเฝ้าระวังที่โรงพยาบาลมีระบบแจ้งเตือนในกรณีผู้ป่วยมารับบริการ สถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน	ผลตรวจเสมหะพบ ๒+มีภาวะดื้อยาหลายขนานไม่มีเสมหะ การเสริมความรู้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่การสวมหน้ากากอนามัย ควรแยกห้องนอนที่บ้าน ให้อยู่ในที่ ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกวิธีการกำจัดเสมหะ ควรบ้วนเสมหะใส่ภาชนะที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วกำจัด โดยทิ้งในโถส้วม เน้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญ ของการคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยการมา CXR เบื้องต้น เฝ้าระวังอาการที่สงสัยวัณโรค การเฝ้าระวังที่โรงพยาบาล มีระบบแจ้งเตือนในกรณีผู้ป่วยมารับบริการ สถานที่ให้บริการแยกเป็นสัดส่วน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปสาระสำคัญ

วัณโรคปอดเป็นโรคที่มีความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ง่ายและแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ที่สำคัญคือถ้ามีการดื้อยาในการใช้ยาที่เป็นพื้นฐานในการรักษา ย่อมส่งผลกระทบต่อ ผู้ป่วย ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ชุมชน ประเทศชาติ การรักษาใช้เวลานาน มีโอกาสแพ้ยาสูง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีการวางแผนพยาบาลตั้งแต่ แรกเริ่ม จนถึง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาครบตามแผนการรักษา หายขาดจากวัณโรค ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาแม้ว่าอาการจะดีขึ้นจนใกล้เคียงปกติแล้ว ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องห้ามหยุดยาหรือลดยาเอง การดูแลด้านจิตใจให้กำลังใจถามหรือสังเกตอาการของผู้ป่วย แจ้งผลความก้าวหน้าในการรักษาให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวได้ทราบ เพื่อช่วยส่งเสริมให้มารับการรักษาต่อเนื่อง

บทบาทที่สำคัญของพยาบาล ในการควบคุมป้องกันวัณโรคและวัณโรคดื้อยาลาหลายขนานในชุมชน คือ การ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ในชุมชน รวมถึง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน เพื่อให้มีคินในชุมชนมีความรู้ในเรื่องวัณโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และช่วยคัดกรองหากกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคดื้อยาลาหลายขนาน ผู้มีอาการสงสัยวัณโรค กลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มเสี่ยงวัณโรคอื่นๆ เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว และร่วมกันดูแลผู้ป่วยจนได้รับการรักษาหาย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและวัณโรคดื้อยาลาหลายขนานไปสู่ผู้อื่นและชุมชนต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาให้เป็นระบบที่ต่อเนื่องยั่งยืน รวมถึงระบบการส่งต่อ ติดตาม ข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่อง การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อทั้งที่โรงพยาบาล บ้านและชุมชน ประสานงานการให้ความช่วยเหลือ

๒.สนับสนุนด้านวิชาการ และเพิ่มศักยภาพให้กับบุคลากร เพื่อนำไปใช้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ การติดตามกำกับกับการกินยาต่อหน้า(DOT) อาจต้องปรับเปลี่ยนเป็นการกินยาต่อหน้าทางเครือข่ายบริการโทรศัพท์เพื่อ ลดการตีตราทางสังคมของผู้ป่วย ทั้งนี้สภาพแวดล้อม ภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติเป็นส่วนประกอบแรก ที่ต้องคำนึงถึง

๓.โอเร็ม (Orem) อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลตนเองไว้ในทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem's self-care Theory) ว่า“การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์ แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการดูแลตนเองนั้นโอเร็ม (Orem) เรียกว่า “การดูแลตนเองที่จำเป็น”(Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นทันทีหลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็น มี ๓ ระดับ คือการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, ๒๐๐๑) ดังนั้นการพยาบาลที่สำคัญสำหรับกรณีศึกษาซึ่งต้องการการดูแลตนเอง ที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ คือการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องอีกทั้งช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้มากที่สุด

๔.ผลกระทบของการป่วยเป็นวัณโรคและมีภาวะดื้อยา มีภาวะดื้อยาลาหลายขนานการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา มีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาจนครบ สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดการตีตราในชุมชน โดยจะมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาของมาลี เกิดพันธ์และคณะ(๔) กล่าวไว้กลุ่มผู้ป่วย ดื้อยา ดื้อยาหลายขนาน มีแผนการรักษาที่นานขึ้นจากสูตรยาที่ ๑ เปลี่ยนการรักษาเป็นสูตรดื้อยา ดื้อยาหลายขนาน ซึ่งเป็นการรักษาที่มีความซับซ้อนยุ่งยากเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถให้การรักษาได้ ส่งผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ ชุมชน สถานบริการ สาธารณสุข โรงพยาบาล และประเทศชาติ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ที่ป่วยจากการเป็นวัณโรคบางแห่งยังมีการตีตราผู้ป่วยและคนในครอบครัว ซึ่ง การตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอด หมายถึง ความรู้สึก ถูกรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้จากคนในชุมชน ซึ่งความกลัวการถูกตีดรานั้นเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยตนเองของผู้ป่วย ซึ่งกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดปัญหาการตีตราผู้ป่วย ประกอบด้วย การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งผู้ป่วยและพี่เลี้ยง การกำกับการกินยา การปกปิดข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ การให้ความรู้แก่พี่เลี้ยงกำกับการกินยาเพื่อให้มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา : (จิราภรณ์ ชูวงศ์ :กลยุทธ์การลดการตีตราของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกرایใหม่ในชุมชน)

๙. ข้อเสนอแนะ

ในส่วนของการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคควรให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการสนับสนุนทางสังคม โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

๙.๑ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๙.๒ การดูแลรักษา โดยอาศัยหลักการดูแล ๕ ด้าน(๕A's aspects of care) ได้แก่การประเมิน(Assess) การแนะนำ(Advise) การตกลง(Agree) การช่วยเหลือ(Assist) และการจัดการ(Arrange)

๙.๓ พิจารณารูปแบบการดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกตตรงและกำหนดพี่เลี้ยงที่ได้รับการอบรมที่เหมาะสม

๙.๔ คัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ จัดการดูแลถ้ามีปัญหา

๙.๕ สอบถามปัญหาทางเศรษฐกิจ ค่าครองชีพ และให้การช่วยเหลือสนับสนุน เชื่อมโยงกับการคุ้มครองทางสังคม(social protection) และให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม

๙.๖ การติดตามผู้ป่วยเชิงรุกอย่างต่อเนื่องจนครบการรักษา

๙.๗ ประสานเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อสนับสนุนผู้ป่วย

๙.๘ เชื่อมโยงกับหน่วยงานในชุมชน เช่น พ.ม.จ. หรือ อ.บ.ต. สนับสนุนงบประมาณเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

๙.๙ ให้การดูแลรักษาแบบผสมผสานวัณโรคและโรคอื่น ๆ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ที่ วิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางธนาวดี บัวโสม สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางธนาวดี บัวโสม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางธนาดี บัวโสม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางระรินทิพย์ ธรรมเจริญ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม

(วันที่) ๒, สิงหาคม, ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

(วันที่) ๒, สิงหาคม, ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และ
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มี
คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๒. หลักการและเหตุผล

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ง่ายและแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว ที่สำคัญคือถ้ามีการดื้อยาในการใช้ยาที่เป็นพื้นฐานในการรักษา ย่อมส่งผลกระทบต่อ ผู้ป่วย ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ชุมชน ประเทศชาติ มีประชากร ๑๐.๔ ล้านคนที่เป็นวัณโรค ผู้ป่วยประมาณ ๖๐๐,๐๐๐ คนที่มีเชื้อดื้อยาวัณโรค Rifampicin โดยไม่ดื้อ Isoniazid (RR-TB) หรือดื้อทั้ง ๒ ตัว เรียกว่า MDR TB ซึ่งยาทั้ง ๒ ตัวเป็นยาหลักในการรักษาวัณโรค และจากจำนวนนี้ มีผู้ป่วยประมาณ ๒๔๐,๐๐๐ คนเสียชีวิตจากวัณโรคดื้อยา จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อยา RR-TB และ MDR-TB ทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ ๔.๑ ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และร้อยละ ๑๙ ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาซ้ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ดื้อต่อยา isoniazid โดยไม่ดื้อ rifampicin รวมด้วย (Hr-TB) นั้น พบเฉลี่ยร้อยละ ๘ วัณโรคดื้อยาลายขนาน ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ในปี ๒๕๖๖ จังหวัดอุบลราชธานีพบมีผู้ป่วยที่ดื้อยาลายขนานจำนวน ๑๔ ราย อำเภอเมืองสามสิบบพ ๑ ราย และดื้อเฉพาะยา isoniazid แต่เชื้อยังไวต่อ rifampicin ๑ ราย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centred care : PCC) ในการคำปรึกษา เพื่อเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ต่อเนื่อง มีดังนี้

๑) การให้การปรึกษา (counseling) การให้การปรึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วย จนเกิดความร่วมมือในการรักษาจนหาย การให้การปรึกษาจะช่วยให้เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรคทราบถึง ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้ป่วย และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญา

๒) การดูแลการรับประทานยาโดยการสังเกตตรง (DOT: directly observe treatment) กระบวนการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แพทย์และทีมสหวิชาชีพ ต้องเข้าใจ เรื่อง โรค(disease) และ ความเจ็บป่วย (illness) ของผู้ป่วยแต่ละรายไปด้วยกัน สำหรับผู้ป่วยวัณโรค ควร ได้รับการอธิบาย เรื่องโรคและการรักษาหาย ต้องใช้เวลารับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (good compliance) จำเป็นต้อง มีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา (DOT observer) ตลอดระยะเวลาการรักษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องพิจารณาทางเลือก พี่เลี้ยงที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

(๑) เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข (health care worker) เป็นพี่เลี้ยง (DOT observer) ผู้ป่วย วัณโรค หรือวัณโรคดื้อยาเจ้าหน้าที่ ควรเดินทางไปดูแลการรับประทานยา ที่บ้านผู้ป่วย หรือ เจ้าหน้าที่ที่สามารถดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยผ่าน อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น VOT (video observed treatment), mobile application (ในกรณีที่ ผู้ป่วย หรือญาติมีความพร้อม) สำหรับผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ต้องรับประทานหลายมื้อต่อวัน ต้องมี พี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยาอย่างน้อย ๑ มื้อ ส่วนมื้ออื่น อาจพิจารณาใช้ VOT หรือผู้ที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขแต่ต้องผ่านการอบรมแล้วร่วมเป็นพี่เลี้ยง

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)**

(๒) บุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคคลอื่นๆ ที่เชื่อถือได้ควรผ่านการอบรมเรื่องวัณโรค โดยอาจเป็นพี่ เลี้ยงที่บ้านผู้ป่วย (community based DOT) หรือ VOT ก็ได้ตามความเหมาะสม ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขผู้รับผิดชอบควรเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยไม่บอกล่วงหน้า (surprise visit) เป็นครั้งคราวด้วย

สิทธิของผู้ป่วย

- ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วยมีสิทธิเข้าถึงการดูแลรักษาวัณโรคตามมาตรฐานสากล และมี สิทธิ ได้รับประโยชน์จากการดูแลรักษา เช่น การวินิจฉัยโรค การรักษาให้หาย การให้ สุขศึกษา การ ป้องกัน เป็นต้น
- ด้านศักดิ์ศรี ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปฏิบัติด้วยความเสมอภาค การรักษาความลับหรือเปิดเผย ข้อมูล โดยความยินยอมของผู้ป่วยการได้รับบริการต่างๆที่มีประสิทธิภาพ โดยไม่ ถูกเลือก ปฏิบัติและไม่ถูกตีตรา พร้อมทั้งมีสิทธิเข้าร่วมพัฒนาแผนงานวัณโรคทั้งในระดับ ท้องถิ่น ระดับชาติและนานาชาติ
- ด้านข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์การบริการดูแลรักษา วัณโรค เช่น การปฏิบัติตัว การป้องกันการแพร่เชื้อ ระยะเวลาการรักษา ความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นได้ จากการรักษา การ สนับสนุน ค่าใช้จ่าย เป็นต้น

ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

- แจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการรักษาและควบคุมวัณโรคเช่น ประวัติการรักษา วัณโรคในอดีต อาการป่วยปัจจุบัน ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด เป็นต้น
- ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามแผนการรักษา หากมีปัญหาในการปฏิบัติควรแจ้งให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทราบเพื่อหาวิธีแก้ไขหรือปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมต่อไป
- หากพบผู้มีอาการสงสัยวัณโรคหรือผู้สัมผัสวัณโรคในชุมชน ควรแจ้งให้มารับการตรวจ เพื่อ วินิจฉัยวัณโรค
- ร่วมผลักดันให้ผู้ป่วยในชุมชนให้ความร่วมมือในการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อการควบคุมวัณโรคในชุมชนต่อไป

ข้อจำกัด :

ผู้ที่ป่วยจากการเป็นวัณโรคบางแห่งยังมีการตีตราผู้ป่วยและคนในครอบครัว แนวทางการกำกับ การกินยาแบบมีพี่เลี้ยงสำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย พบว่า วิธีกำกับการกินยาวัณโรคแบบมี พี่เลี้ยงเป็นวิธีการหนึ่งที่มีหลักฐานยืนยันว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรค มีวินัยในการกินยาอย่าง ต่อเนื่องและครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการตีตราจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ยังเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยวัณโรค และการเข้ารับ การกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง ดังนั้น ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงซึ่งถือเป็นผู้ที่คอยอำนวยความสะดวก ในการกินยาของผู้ป่วยจะต้องเป็น คนที่มีบุคลิกน่าเชื่อถือ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการ สื่อสารระหว่างบุคคล ดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และต้องมีความเชื่อถือว่าไว้วางใจผู้ป่วย อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยาจนครบตามแผนการรักษา หายจากโรคและลดการ แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ) (ต่อ)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและวัณโรคดื้อยาหลายขนาน แบบองค์รวม ผู้ป่วยโรควัณโรค ให้ได้รับความรู้ สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง เรื่อง การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การใช้ยาและอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การปฏิบัติตัวเพื่อลดความรุนแรงของโรค การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบ ส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จในการรักษาหาย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

รักษาผู้ป่วยระยะแพร่เชื้อ โดยให้มีอัตราผลสำเร็จในการรักษา คิดจากอัตราการรักษาหาย (Cure rate) มากกว่าร้อยละ ๙๐

(ลงชื่อ)

(นางธนาวดี บัวโฮม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)/...../.....

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน
๑.ชื่อผลงาน เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ - ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ๓.ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ๓.๑.ความรู้ความชำนาญ ๑. โปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ กิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ขั้นตอนที่ ๒ กิจกรรมที่ส่งเสริมการได้เห็นประสบการณ์ ของผู้อื่น โดยใช้ตัวแบบ ขั้นตอนที่ ๓ กิจกรรมที่ส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง ขั้นตอนที่ ๔ กิจกรรมที่ส่งเสริมการกระตุ้นทางอารมณ์ ๒. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self - efficacy) หมายถึง ความเชื่อในทักษะความสามารถของผู้สูงอายุที่จะตัดสินใจกระทำ ควบคุมตนเอง จัดระเบียบพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะมีแรงจูงใจทุ่มเทยืนหยัดในการกระทำนั้นสำเร็จ แต่ถ้ามีความเชื่อว่าตนเอง ไม่มีความสามารถเพียงพอ ก็จะหลีกเลี่ยงการประกอบกิจกรรมนั้น ประกอบด้วย ๓ มิติสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (๑๙๗๗) ดังนี้ ๑) มิติตามระดับความยากง่ายของงานที่ปฏิบัติ (Level of dimension) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุตามความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ๒) มิติ ความเข้มของเชื่อมั่น (Strength of confidence) หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุที่มีต่อการป้องกันการ พลัดตกหกล้มว่ามีความเชื่อมั่นในตนเองในการที่จะปฏิบัติตามอย่างน้อยเพียงใด ๓) มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากการถ่ายโอนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จในอดีตมาสู่สถานการณ์ ปัจจุบันที่ใกล้เคียงกัน จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น ๓. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง เป็นการตัดสินใจว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการการปฏิบัติตัว คือ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ๔. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หมายถึง ชุดกิจกรรมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยประยุกต์แนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมฯ ได้แก่ กรอบแนวคิดของ Bandura (๑๙๗๗) และแนวคิดการป้องกัน การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ดังนี้ ๑) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Performance accomplishments) หมายถึงกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับการให้ความรู้ ๒) การสังเกตประสบการณ์ของ ผู้อื่น (Vicarious experiences) หมายถึง การเรียนรู้จากตัวแบบที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้สำเร็จนำเสนอผ่านสื่อวีดิทัศน์ (Symbolic model) ๓) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) หมายถึง การให้คำแนะนำและให้กำลังใจโดยการพูดโน้มน้าวหรือชักจูงให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ถูกต้องและประสบ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลสำเร็จ ๔) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) หมายถึง การใช้ สถานการณ์ โดยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับ ภาวะเครียดหรือสถานการณ์วิกฤต หลังจากนั้นมีการสร้างบรรยากาศในกลุ่ม ให้ผู้สูงอายุให้มีความสนใจในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดย ชมเชยและให้กำลังใจ และรับฟัง ผู้สูงอายุตลอดจนแนะนำและให้คำปรึกษาในการ ปฏิบัติตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

๕. ความรู้การป้องกันการพลัดตกหกล้ม หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม อันตรายจากการพลัดตกหกล้ม ผลกระทบของการพลัดตกหกล้มและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยประเมินจากแบบประเมินความรู้ การป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

๖ พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ โดยมี เป้าหมายใน การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ ตรวจประเมินสายตา การออกกำลังกาย การเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ และการ เฝ้าระวังฤทธิ์ข้างเคียงจากการรับประทานยา ตลอดจนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยซึ่งพฤติกรรมการ ป้องกันการพลัดตกหกล้มสามารถประเมินโดยใช้ แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

๓.๒.แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัด อุบลราชธานี มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และการ ประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม อย่างไร

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรม ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี โดยดำเนินการวิจัยใน ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้ที่มีเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม จากการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) โดยมีคะแนนตั้งแต่ ๔-๑๑ คะแนน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม ๒๕๖๖ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
๒. รูปแบบการทดลอง
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๔. การเก็บรวบรวมข้อมูล
๕. ข้อพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย
๖. การวิเคราะห์ข้อมูล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป้าหมายของงาน

๑. เป้าหมายหลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. เป้าหมายรอง

๑) เพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

๒) เพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๘๐ คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน ๔๘ คน ร้อยละ ๖๐.๐ ในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย ๖๖.๓๔ ปี (SD= ๕.๓๓) ในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย ๖๖.๗๘ ปี (S.D.= ๕.๑๒) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฯ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการตนเองของ The revised self-and family management (Grey et al, ๒๐๑๕) ทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) (Pender, ๑๙๘๗) และ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) (Gibson, ๑๙๙๕) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดการตนเองในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ถูกต้อง มีระยะเวลาดำเนินการทดลอง ๑๒ สัปดาห์ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในชุมชนเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ มีการระดมความคิดเห็น มีการติดตามให้ความรู้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระลึกและจดจำความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้การประเมินการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับที่ดีขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.๒.ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากการศึกษาวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ภายหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี สูงกว่ากลุ่มควบคุม และการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดกิจกรรมตามปกติของโรงพยาบาลเมืองสามสิบ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมฯ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ The revised self-and family management (Grey et al, ๒๐๑๕) ทฤษฎีพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-Care Behavior) (Pender, ๑๙๘๗) และ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) (Gibson, ๑๙๙๕) โดยเน้นที่กิจกรรมทางพยาบาลที่เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดการตนเองในเรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ถูกต้อง เป็นเวลา ๑๒ สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมที่ ๑ กิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์ พฤติกรรม ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติและช่วยกัน หาแนวทางแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับการให้ความรู้ เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ การจัดและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านให้ปลอดภัย และการให้ความรู้และสาธิตวิธีทำบริหารกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความ ยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และความสามารถในการทรงตัว กิจกรรมที่ ๒ กิจกรรมส่งเสริมการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นโดยใช้ตัวแบบ กิจกรรมตัวแบบสัญลักษณ์ (symbol model) การให้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยใช้ ต้นแบบจากสื่อการสอนที่ส่งเสริมแนวความคิดทางบวก ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วีดิโอแนวคิดของผู้ประสบผลสำเร็จในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพื่อเป็น แนวทางในการเรียนรู้ การได้เรียนรู้จากต้นแบบทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ จดจำและเลียนแบบ ทำตามแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วย ตนเอง กิจกรรมที่ ๓ กิจกรรมส่งเสริมการใช้คำพูดชักจูง (จำนวน ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที) กิจกรรมการพูดชักจูงโดยการให้กำลังใจ เปิดโอกาสแสดงออกความรู้สึกรายกลุ่มเพื่อช่วยสร้างสถานการณ์ เชิงบวก กล่าวชมเชยให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติตัวในการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้ประสบความสำเร็จได้ เน้นให้เห็นความสำคัญของการป้องกัน และจัดการปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ ถึงสาเหตุและอันตรายจากการพลัดตกหกล้ม ตลอดจนเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และได้ รับรู้ว่าจะหากปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมจะสามารถป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มได้ และกิจกรรมที่ ๔ กิจกรรมส่งเสริมการกระตุ้นทางอารมณ์ กิจกรรมการใช้สถานการณ์สมมติ

เกี่ยวกับผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มที่รุนแรง และให้ผู้สูงอายุแสดง บทบาทสมมติในการเผชิญสถานการณ์วิกฤติดังกล่าว หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยเปิดโอกาส และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้พูดระบายความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม กล่าวชมเชยผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่ตอบคำถาม และให้กำลังใจในการนำไป ปฏิบัติกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกคน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมและพัฒนา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความรู้ความรับรู้ด้านสุขภาพในการการปฏิบัติตน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระลึกและจดจำความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้น และการรับรู้สมรรถภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีขึ้น เนื่องจากการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับเนื้อหาการพลัดตกหกล้ม ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจรวมถึงตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบที่ตามมาหากเกิดการพลัดตกหกล้มขึ้น (Posma et al, ๒๐๐๙)

สอดคล้องกับการวิจัยเรื่องการจูงใจตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายหลังการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนจำนวน ๕๐ คน ที่มาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดแรงจูงใจตนเองของดิชแมนและคณะแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของจิรวรรณ อินคัม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการจูงใจตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านโภชนาการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง การจูงใจตนเอง ซึ่งหมายถึง ความต้องการในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยลักษณะภายในของตนเองเป็นแรงผลักดัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และการเจริญทางจิตวิญญาณ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.01$ (พรมแก้ว แสงเดือนงาม, ๒๕๕๙)

สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มคือวัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนางแลอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน ๕๐ ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน ๒๕ ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มจำนวน ๗ สัปดาห์ๆ ละ ๑ ครั้งๆ ละ ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที กลุ่มควบคุมดูแลตนเองตามปกติ การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มแบบประเมินความรู้และพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น นำมาหาความเที่ยงหาค่าความตรงและความเชื่อมั่นของเนื้อหาเท่ากับ .๘๕ และ .๘๗ และแบบบันทึกการพลัดตกหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $P\text{-value} < 0.05$ และอัตราการพลัดตกหกล้มของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Mean = ๑.๓, S.D. = ๐.๔๘) ภายใน ๙๐ วัน ต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (Mean = ๑.๔, S.D. = ๐.๕๐) (ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และ กรรณิการ์ เทพกิจ, ๒๕๖๐) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวใน ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน ๖๐ คน โดยใช้ระยะ เวลาในการทดลองจำนวน ๘ สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีการ ทรงตัวที่ดีขึ้น และกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น (Cho and An, ๒๐๑๔) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อช่วยในการทรงตัว และป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุเข้าร่วม โครงการพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพื่อช่วยในการทรงตัวและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง (อาพัทธ์ เตียวตระกูล และคณะ, ๒๕๖๒)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

นอกจากนี้โปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นยังมีการดำเนินการวิจัยโดยการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ความต่อเนื่องในการออกกำลังกาย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน สอบถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ พร้อมทั้งหาทางแก้ไขร่วมกันกับครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้านและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจในการดูแลเท้า พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ สภาพบ้านที่มีบันไดที่สูงและชัน ราวบันไดไม่มั่นคง ทำให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้ โดยผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดในเวลากลางคืนหรือควรเปิดไฟให้สว่างหากจำเป็นต้องขึ้นลง ร่วมกับสภาพแวดล้อมในห้องน้ำและห้องครัวที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องเอื้อมของที่อยู่เหนือศีรษะทำให้เกิดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้เช่นกัน (วิลาวรรณ สมทน และคณะ, ๒๕๖๑) สอดคล้องกับการศึกษาสถานที่ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มมากที่สุด พบว่า บริเวณที่ผู้สูงอายุมีการพลัดตกหกล้มภายนอกบ้านมากที่สุด ได้แก่ บริเวณรอบๆ บ้าน ที่มีพื้นต่างระดับ ส่วนภายในบ้าน ได้แก่ บริเวณห้องน้ำและห้องครัว เนื่องจากผู้สูงอายุจะต้องเอื้อมหยิบของทำให้การทรงตัวไม่มั่นคง เกิดการพลัดตกหกล้มตามมาได้ (Milat et al, ๒๐๑๑)

จากผลการวิจัยนี้ทำให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ประกอบไปด้วยการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มได้

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เป็นข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
๒. มีบุคคลต้นแบบที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างขวัญกำลังใจกับผู้ที่ปฏิบัติ และเป็นต้นแบบกับผู้อื่นได้
๓. เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และเป็นข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
๔. เป็นแนวทางในการเสนอผู้บริหาร เพื่อกำหนดนโยบายในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

๗.ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (The two-group pretest-posttest design) (Polit, & Hungler, ๑๙๙๙) ดำเนินการในพื้นที่ อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม ๒๕๖๖

๗.๑ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑. ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรที่อยู่ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน สามารถอ่านออกเขียนได้ และเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ จำนวน ๒,๕๖๓ คน (ที่ทำการปกครองอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๕)

๒. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน สามารถอ่านออกเขียนได้ และเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ (ที่ทำการปกครองอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๕) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน ๘๐ คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Sample Size Calculators (University of California San Francisco; UCSF, ๒๐๒๑) ได้ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นกลุ่มละ ๔๐ คน แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้ที่มีเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม จากการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) โดยมีคะแนนตั้งแต่ ๔-๑๑ คะแนน (Thiamwong, et al., ๒๐๐๔) ซึ่งได้รับโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้ที่มีเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม จากการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) โดยมีคะแนนตั้งแต่ ๔-๑๑ คะแนน (Thiamwong, et al., ๒๐๐๔) ซึ่งได้รับกิจกรรมการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

๗.๒ เนื้อหา (Contents)

ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจาก หนังสือ บทความ วารสารวิชาการ และ Database เกี่ยวกับเนื้อหาประกอบไปด้วย

๑. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
๒. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
๓. ทฤษฎีการจัดการตนเอง
๔. ทฤษฎีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง
๕. ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ
๖. ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่มีขั้นตอนหลายอย่าง การติดตามกลุ่มเป้าหมายต้องมีความต่อเนื่อง ต้องใช้เวลาเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และการสื่อสารกับผู้สูงอายุต้องใช้เวลา ใช้ความอดทน ผู้สูงอายุบางคนรับรู้ช้า ต้องสื่อสารชัดเจน

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำงานวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานด้านต่างๆ จากผลการศึกษา ครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี มีประสิทธิภาพสามารถเพิ่มค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ความรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มต่ำได้ ในด้าน

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ด้านนโยบาย จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษา ไปใช้ประกอบในการพัฒนานโยบายในการส่งเสริมป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน การทำนี้เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการหกล้มและอัตราการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

๒. ข้อเสนอแนะการนำไปประยุกต์ใช้

๑. จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป โดยสามารถนำความรู้ไปต่อยอดหรือนำไปใช้ในการเพิ่มสมรรถนะของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนาแกนนำในชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

๒. จากผลการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนากิจกรรมและได้ทำการศึกษา ในผู้สูงอายุพื้นที่เขตอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น ดังนั้น การนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ในวงกว้างจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้สูงอายุที่มี คุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออายุสูงขึ้น และในระยะยาวจะสามารถช่วยลดภาระการดูแลของญาติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาของภาครัฐอีกด้วย

๓. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

๑. จากผลการศึกษาครั้งนี้อาจารย์ผู้สอนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพสามารถนำความรู้ ไปใช้ในเพิ่มพูนองค์ความรู้และทักษะแก่นักศึกษาหรือนักศึกษาในรายวิชาของหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษาสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนต่อไป

๒. ควรศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเพิ่มขนาดของกลุ่มทดลองให้มากขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙.๑.ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรสนับสนุนและส่งเสริม ให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น ๆ จนกระทั่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

๙.๒.ด้านบริการ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้าย ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย สนับสนุนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ วางแผนในการให้ความรู้ สอน สาธิตในการปฏิบัติ และติดตามเยี่ยมประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเองและดำเนินชีวิตได้ตามอัตภาพไม่เป็นภาระของสังคมและครอบครัว

๙.๓.ด้านเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยควรเพิ่มศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ชุมชน ตลอดจน รพ.สต. เพื่อให้มีความสามารถในการประเมิน ช่วยเหลือและ ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันที

๙.๔.ด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงผลกระทบ ทางด้านจิตใจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล ตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความรู้ และเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่นักศึกษา เน้นการเป็นผู้ประสานงานที่ดีในทีมสุขภาพ

๙.๕.ด้านการวิจัย นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำวิจัยประเภท R๒R ต่อไป

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

ตีพิมพ์ ในวารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน :

การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยนำมาจัดเป็นรูปเล่ม รวบรวมโดย นางระรินทิพย์ ธรรมเจริญ เป็นผู้เสนอผลงานทุกขั้นตอน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางระรินทิพย์ ธรรมเจริญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

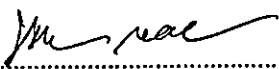
๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางระรินทิพย์ ธรรมเจริญ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

(วันที่) 2 / ๓.๑. / ๒๕๖7

(ลงชื่อ) 

(นายประจักษ์ สีลาชาติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลม่วงสามสิบ

(วันที่) 2 / ๓.๑. / ๒๕๖7

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับระดับชำนาญการพิเศษ)**

**๑.เรื่อง แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม เครือข่ายสุขภาพอำเภอม่วงสามสิบ
จังหวัดอุบลราชธานี**

๒.หลักการและเหตุผล

สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติ คาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ถึง ๑,๒๐๐ ล้านคนในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ และ ๒,๐๐๐ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๙๓ หรือคิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรโลกทั้งหมด สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๑๘.๒๔ ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๓.๖ ต่อปี (คิดเป็น ๔๐๐,๐๐๐ คนต่อปี) ซึ่งตามการคาดประมาณการประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๖๒) คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๐.๖๖ ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. ๒๕๗๘ จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๒๘.๕๕ ของประชากรทั้งประเทศ การเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของผู้สูงอายุ นั้นหมายถึงขณะนี้ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ ประมาณ ๔% ของผู้สูงอายุ จะไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองจำนวนวัยทำงาน และวัยเด็กแรกเกิดลดลงย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนา เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การมองเห็นลดลง ความสามารถในการทรงตัวลดลง เดินเซ การเคลื่อนไหวลำบาก ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทรงตัวบกพร่อง ร่วมกับการมีโรคประจำตัวและต้องรับประทานยาจากผลของยาและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาจส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ซึ่งผลคาดการณ์ปี พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มปีละ ประมาณ ๓,๐๓๐,๙๐๐ - ๕,๕๐๖,๐๐๐ คน เสียชีวิตจำนวน ๕,๗๐๐ - ๑๐,๔๐๐คน (นิพา และลลิตรา.๒๕๕๙) ผู้สูงอายุในชุมชนประมาณ ร้อยละ ๓๐ หรือประมาณ ๑/๓ ของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๕ ปี ขึ้นหกล้มได้ทุกปี และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ๕๐ เมื่ออายุ ๘๐ ปีขึ้นไป โดยเฉลี่ยประมาณ ๐.๓-๑.๖ ครั้งต่อคนต่อปี ผู้หญิงหกล้ม มากกว่าผู้ชาย ร้อยละ๑๒.๖ และ๗.๔ ตามลำดับ (วิชัย,๒๕๕๙;นาคยาและคณะ,๒๕๖๐) ภาวะหกล้มทำให้ผู้สูงอายุ เสียชีวิตถึง ๒ใน ๓ จากอุบัติเหตุทั้งหมด (นิพา และลลิตรา.๒๕๕๙;อัจฉราและคณะ,๒๕๖๐) ผลของ ภาวะหกล้ม พบว่า กระดูกข้อสะโพกหัก ร้อยละ ๒๐-๓๐ บาดเจ็บรุนแรงของสมองร้อยละ ๕-๑๐ มีการเสียชีวิตร้อยละ ๓.๕ และ สูญเสีย ความสามารถในการชีวิตประจำวัน ร้อยละ๒๕-๗๕ ครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุที่หกล้มแล้ว ต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจะ เสียชีวิตในหนึ่งปีและเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเกิดภาวะทุพพลภาพ (นิพา และลลิตรา.๒๕๕๙;สัมฤทธิ์ และคณะ ,๒๕๖๐)บางคนรู้สึกอาย ซึมเศร้า มีความทุกข์ทรมานอยากฆ่าตัวตาย (ทิวาพรและคณะ.๒๕๕๓;วรรณพรและคณะ. ๒๕๕๘) สัมพันธ์กับการ รักษาและค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มสูงขึ้นผู้สูงอายุหกล้ม หนึ่งครั้งอาจต้องจ่ายค่ารักษาสูงถึง แสนกว่าบาทต่อคนต่อครั้งหากรวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น รายได้ที่ครอบครัวต้องเสียไปเมื่อต้องหยุดงานมาดูแล หรือรายจ่ายที่จ้างคนดูแลประมาณการว่าอาจสูงถึง ๑,๒๐๐,๐๐๐ บาท ต่อคนต่อปี (นิพา และลลิตรา.๒๕๕๙;อัจฉรา และคณะ,๒๕๖๐) และ

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

นอนโรงพยาบาลนานกว่าบาดเจ็บจากสาเหตุอื่นนานถึง ๒๐ วัน ถ้ามีอายุมากและมีโรค ประจำตัวต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานหรือนอนติดเตียง มีผู้ดูแลตลอดไป และพบว่า ๑ ใน ๕ ไม่สามารถ กลับมาเดินได้อีก(การดีและชนิดอื่นๆ. ๒๕๕๖)

อำเภอม่วงสามสิบ มีประชากรและสัดส่วนผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ ประชากรทั้งหมด ๘๕,๐๐๕ คน ,๘๔,๗๑๔ คน,๘๔,๕๙๔ คน และ ๘๔,๔๔๗ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๕.๑๔,๑๕.๗๗,๑๖.๓๗ และ ๑๗.๐๖ ในปี ๒๕๖๖ มีการดำเนินการคัดกรองสุขภาพ พบปัญหาการเคลื่อนไหว เสี่ยงพลัดตกหกล้ม ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒๔๘ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒.๔๘ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๓๘ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒.๒๔ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๓๕ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑.๒๑ ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒๐๓ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑.๔๖ นับว่ายังพบกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะหกล้มจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อำเภอม่วงสามสิบ มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข มอบ “ของขวัญปีใหม่ ๒๕๖๖ สำหรับผู้สูงอายุ” เปิด “คลินิกผู้สูงอายุ” ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยต้องมีการคัดกรองสุขภาพ ๙ ด้าน และผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามปัญหา ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียม เพื่ออายุยืนอย่างมีคุณภาพ การบริการในคลินิกมีวัตถุประสงค์ให้ผู้สูงอายุที่มีการคัดกรองพบความเสี่ยง ได้รับการดูแล เนื่องจากมีการเปิดให้บริการในวันอาทิตย์ พบปัญหายังมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการน้อย ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ ดังนั้น ผู้จัดทำผลงานเรื่องนี้ จึงได้ออกแบบ การพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เครือข่ายสุขภาพอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการให้มากขึ้น โดยเน้นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะหกล้ม เพราะปัญหาจากการหกล้มที่ตามมาส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากปัญหาพบกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงทำให้ต้องมาออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง และเข้าไปจัดการกับความเสี่ยง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่ให้มีภาวะหกล้ม แนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายใน และรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุและ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มใน ชุมชน และสามารถสรุปเป็นแนวทางในการ ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังนี้

๑. การประเมิน ประเมินประกอบด้วยการประเมินดังนี้

๑.๑ ประเมินการทรงตัว ในผู้สูงอายุจะ พบว่า ทั้งกล้ามเนื้อและกระดูกจะมีความเสื่อม ซึ่งระบบนี้ เป็นส่วนสำคัญในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ แบบประเมินที่มีการใช้บ่อย เช่น แบบประเมิน Berg balance scale เป็นแบบประเมินการทรงตัวโดยการทำกิจกรรม ๑๔ กิจกรรม ขณะนั่งและยืน ได้แก่ ๑)ลุกขึ้นยืน ๒) ยืน ๒ นาทีโดยไม่ยึดเกาะ ๓) การนั่งเก้าอี้โดยไม่พิงพนัก ๔) นั่งลง ๕) การเคลื่อนย้าย ๖)การยืนนิ่ง หลับตา ๗) ยืนตัวตรงเท้าชิด ๘) การยกแขนขนานพื้นแล้วเอนตัวไปข้างหน้า ๙) ก้มเก็บของจากพื้นขณะยืนอยู่ ๑๐) หันไปมอง ข้างหลัง ๑๑) การหมุนตัว ๓๖๐ องศา ๑๒) ก้าวเท้าแตะบนม้านั่งเตี้ยสลับกัน ๑๓) ยืนต่อเท้า ๑๔)ยืนแบบ ขาข้างเดียว และให้คะแนนแต่ละ

แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

กิจกรรม ๐-๔ คะแนน รวม ๕๖ คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า ๔๕ คะแนน แสดงถึง ความ ผิดปกติในการทรงตัวและ มีความเสี่ยงสูงในการล้ม

๑.๒ ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งเป็นการประเมินที่สำคัญเพื่อที่จะใช้เป็นตัวคัดกรองว่าผู้สูงอายุ เสี่ยงต่อการ หกล้มหรือไม่ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยง เช่น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม สำหรับ ผู้สูงอายุไทยในชุมชน (Thai-FRAT) ประกอบด้วย ๖ ปัจจัยได้แก่ ประวัติการหกล้ม การทรงตัวบกพร่อง เพศหญิง การ ใช้ยาบางประเภท การมองเห็นบกพร่องและการอาศัยอยู่ในบ้านทรงไทย มีคะแนนอยู่ในช่วง ๐-๑๑ คะแนน ถ้ามี คะแนนอยู่ในช่วง ๔-๑๑ คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

๒. เปลี่ยนปัจจัยด้านเครื่องแต่งกายที่ทำให้ผู้สูงอายุสะดุดล้มได้ง่ายคือ การใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดหลวมๆ ทำให้ มีการ สะดุดหรือเกี่ยวติดได้ ดังนี้ ในผู้สูงอายุที่ใส่ผ้าถุงหรือกางเกงยาวเกินไปควรปรับระดับของชายผ้าถุงหรือ กางเกง ให้สั้น ลงและควรให้เลยพับข้อเท้าขึ้นไป ในส่วนของรองเท้าควรเปลี่ยนใหม่รวมถึงเมื่อรองเท้าชำรุดแล้ว โดย เฉพาะ รองเท้า หูคีบไม่ควรนำมาซ่อมใหม่ จึงจะสามารถป้องกันการหกล้มได้ รองเท้าควรมีดอกยางและพื้นรองเท้า

๓. การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านและภายในตัวบ้าน คือ รอบๆ บริเวณบ้านจะต้องให้มีสิ่งกีดขวางทางเดินน้อย ที่สุด ภายในบ้านจะต้องปรับการจัดวางอุปกรณ์ต่างๆ ให้กีดขวางทางเดินของผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด ไม่วางของบริเวณ บันได และบันไดควรจะต้องปรับให้มีราวจับยึด ที่มั่นคง - พื้นที่ลื่นถ้าเป็นไปได้จะต้องปรับพื้นผิวของพื้นที่ให้มีความหยาบ และมีลวดลายน้อยที่สุด ในส่วน ของพื้นที่ที่มีความต่างระดับควรทำเครื่องหมาย ให้สังเกตได้ชัดเจน สีแดง เขียว และ เหลืองจะเป็นสีที่ ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน - ห้องน้ำหากมีความเป็นไปได้ควรปรับให้มีการแยกส่วนของพื้นที่แห้งที่ ประกอบด้วย อ่างล้างมือ โถส้วม ส่วนที่ เป็นพื้นเปียกประกอบด้วยเก้าอี้อ่างอาบน้ำและราวจับ พื้นที่ห้องน้ำที่เหมาะสม ผู้สูงอายุเป็น ผู้ชายควรเพิ่มโถปัสสาวะของผู้ชายเข้าไปด้วย แสงสว่างในห้องน้ำควรมีการติดตั้ง หลอดไฟให้มีแสงสว่าง อาจเป็นราวจับหรือในส่วนเคา์เตอร์ อ่างล้างหน้า ตามพื้น เพื่อบอกระยะการเดินที่ปลอดภัย๒ในกรณีที่ไม่ สามารถทำ ได้และต้องใช้โถส้วมแบบนั่งยองๆควรจะมีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุพยุงตัวได้ดีขึ้น-แสงสว่างควรมีหลอดไฟ ให้เพียงพอโดยเฉพาะบริเวณทางเข้าบ้าน บันได มุมต่างๆ เนื่องจาก ผู้สูงอายุ มักจะตื่นเช้า ดังนั้นแสงสว่างจะต้อง เพียงพอในบริเวณต่างๆเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยป้องกัน การหกล้มได้

๔. การใช้ยาที่ส่งผลทำให้การทรงตัวผิดปกติ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ มีผลต่อการ ทรงตัว แพทย์ ผู้เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตัวขณะใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว

๕. การออกกำลังกาย โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อผู้สูงวัยแข็งแรงและกระฉับกระเฉง (E๗๕) เป็นโปรแกรมการออก กกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และบริหารสมองสำหรับ ผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแข็งแรงและ ใช้ชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๖.การป้องกัน ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวควรมีอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยพยุง ต่างๆ และมีการตรวจสอบอุปกรณ์อยู่เสมอเพื่อป้องกันอุปกรณ์ชำรุดที่อาจทำให้ ผู้สูงอายุหกล้มได้

ดังนั้น จึงได้ออกแบบระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม เครือข่ายสุขภาพอำเภอแม่ม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

๑. คัดกรองภาวะพลัดตกหกล้ม โดยให้ความรู้กับ อสม.และชุมชน ในการค้นหากลุ่มเสี่ยง แล้วมีการประเมินซ้ำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

๒. ส่งกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกผู้สูงอายุในรพ.สต. เพื่อพบแพทย์ และให้การดูแลในชุมชน ในรายที่มีความเสี่ยงน้อย กรณีมีความเสี่ยงสูงส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลม่วงสามสิบ ทุกวันอาทิตย์ และวันอังคาร เพื่อพบแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อตรวจวินิจฉัย และดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในช่วงแรก ได้มีการนัดหมายให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุที่มีการจัดบริการที่โรงพยาบาลม่วงสามสิบ ซึ่งผู้สูงอายุมารับบริการน้อย เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีคนพามา เลยต้องปรับให้มีการจัดบริการที่รพ.สต.ใกล้บ้าน ให้ผู้สูงอายุได้พบแพทย์ ได้เข้าถึงบริการ ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนได้ประสานกับชุมชนในการพาผู้สูงอายุเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล เพื่อรักษาและส่งต่อ นอกจากนี้ ยังได้จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ โดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์พยาบาล แผนไทย กายภาพ ในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ให้ได้รับการดูแลใกล้บ้าน

๓. ส่งข้อมูลไปชุมชนเพื่อติดตาม และให้ความรู้ในการดูแลตนเองการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ ทั้งในส่วน ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่จะร่วมมือกันในการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยจะต้องมีความเข้าใจในสาเหตุ/ปัจจัยทั้งภายใน ภายนอกและปัจจัยส่งเสริม เพื่อให้ผู้สูงอายุปราศจากการพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดการบาดเจ็บ/เสียชีวิต ในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถอยู่ในสังคมของ ผู้สูงอายุได้อย่างปกติสุข

ข้อจำกัดในการพัฒนางาน

การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอาจทำได้ไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่มีความพร้อมในการเดินทางมารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ไม่มีคนดูแล การดำเนินงานต้องใช้ภาคีเครือข่ายในการร่วมดูแล

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
๒. รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลม่วงสามสิบ มีการบูรณาการการให้บริการโดยสหวิชาชีพ (แพทย์ แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัด ทันตแพทย์ โภชนาการ นักจิตวิทยา)
๓. มีการส่งเสริมให้หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างครอบคลุม
๔. มีการขยายองค์ความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ไปยังชุมชน เพื่อร่วมมือกันในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่
๕. มีการพัฒนาระบบติดตามข้อมูลผู้สูงอายุในเครือข่าย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. คัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๙๐
๒. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม เข้าถึงบริการคลินิกผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ ๗๐
๓. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม มีภาวะหกล้มลดลง

(ลงชื่อ)

(นางระรินทิพย์ ธรรมเจริญ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 2 สิงหาคม 2566-5 พฤศจิกายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นโรคที่มีการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างของปอดมีการดำเนินการของโรคอย่างต่อเนื่องส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของปอดที่ถูกทำลายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ประกอบไปด้วยพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพองหรือเป็นร่วมกันทั้งสองโรคอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดขึ้นช้าๆและค่อยๆเลวลงเรื่อยๆอาการที่พบบ่อยคือหายใจลำบากโดยเฉพาะเวลาที่ออกแรงมากขึ้นส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมากผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองนั้นป่วยอยู่ตลอดเวลาเพียงออกแรงเล็กน้อยก็เกิดอาการเหนื่อยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆก่อให้เกิดผลต่ออาการทางหน้าที่ของผู้ป่วย

สาเหตุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การสูบบุหรี่ เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดเนื่องจากในควันบุหรี่มีสารเคมีมากกว่า 4,000 ชนิด สารและแก๊สเหล่านี้ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมจนนำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง และทำให้ปอดเสื่อมสมรรถภาพในที่สุด ดังนั้น ผู้ที่สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานานจึงมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ขณะเดียวกันผู้ที่ได้รับควันบุหรี่แม้จะไม่ได้สูบบุหรี่ก็มีโอกาสเป็นโรคนี้ได้เช่นเดียวกัน
2. มลพิษทางอากาศ เช่น ฝุ่นละออง ควันพิษ รวมถึงการหายใจเอาสารเคมีบางอย่างเข้าไปในปอดติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นกรณีที่มักเกิดกับผู้ที่ต้องทำงานในสถานที่ที่มีละอองสารเคมี เช่น เหมืองถ่านหิน งานเชื่อมโลหะ รวมถึงการเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหารและขับเคลื่อนเครื่องจักรต่างๆ
3. โรคทางพันธุกรรม เช่น โรคพร่องสาร alpha-1-antitrypsin (AAT) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ผลิตในตับแล้วหลั่งเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อป้องกันไม่ให้ปอดถูกทำลายจากสารต่างๆ โรคนี้จึงสามารถเกิดได้ทั้งกับคนวัยหนุ่มสาว สำหรับผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ การขาด AAT จะเร่งให้เกิดภาวะถุงลมโป่งพองเร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม โรคนี้เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อยนักและมักพบในชาวยุโรปหรือชนชาติผิวขาวอื่นๆ
4. สำหรับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้แก่ การสูบบุหรี่ทั้งที่เป็นโรคหืด และอายุ โดยเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่ 40 ปีขึ้นไปเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่พัฒนาอย่างช้าๆ ดังนั้นกว่าที่จะตรวจพบโรค ผู้ป่วยก็มักเข้าสู่วัยกลางคนแล้ว

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหอบหืดและถุงลมโป่งพองแตกต่างกันแต่มีหลายๆอย่างเหมือนกัน ลักษณะและความก้าวหน้าของCOPD มีดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1. มีเสมหะในหลอดลม ผนังหลอดลมบวม การระบายอากาศในถุงลมไม่เท่ากัน ซึ่งเป็นผลจากการติดเชื้อหรือจากภูมิแพ้
2. ถุงลมบางส่วนโป่งพอง บางส่วนแฟบ
3. การขยายของทรวงอกลดลง จากการอุดกั้นที่เกิดขึ้นตลอดเวลาของหลอดลม มีอากาศขังอยู่ในปอด
4. มีการทำลายของเนื้อปอดและปอด สูญเสียความยืดหยุ่น ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความดันในปอดสูงขึ้นซึ่งทำให้หลอดลมBronchiole และBronchi แฟบ
5. เนื่องจากความยืดหยุ่นปอดลดลง ทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงจากน้ำหนักของVisceraในช่องท้อง
6. ประสิทธิภาพในการไหลลดลงเนื่องจากการยืดขยายของทรวงอกลดลง
7. ผู้ป่วยจะหายใจลำบากมากขึ้นต้องออกแรงหายใจทำให้อ่อนเพลียไปไหนไม่ไหวต้องนั่งๆนอนๆอยู่ในบ้าน ต้องใช้กลัมน้ำอื่นนอกเหนือจากที่เคยช่วยในการหายใจ เช่นกลัมน้ำที่คอ ไหล่ หน้าท้อง ต้องเป่าปากเวลาหายใจออก เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น
8. ในที่สุดการระบายของอากาศในถุงลมของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมากและเป็นอย่างถาวร เกิดมีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ขาดออกซิเจน และร่างกายมีภาวะเป็นกรดจากการหายใจเนื่องจากกลุ่มอาการของการอุดกั้นทางเดินหายใจ มีอากาศขังอยู่ในถุงลมผนังหลอดลมอ่อนแอและถุงลมขาด ทำให้ถุงลมบางส่วนแฟบ บางส่วนโป่งกลัมน้ำอื่นเปื่อยมากขึ้นและเป็นอย่างเรื้อรัง
9. เมื่อภาวะของผู้ป่วยเลวลงเรื่อยๆการขาดออกซิเจนทำให้กลัมน้ำหัวใจอ่อนแรงลงการทำงานของไตผิดปกติเพิ่มpermeabilityของหลอดเลือดฝอย และทำให้เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง
10. เพิ่มตัวBuffer ของร่างกายโดยการที่พยายามปรับชดเชยต่อภาวะที่ร่างกายเป็นกรดจากการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์

อาการและอาการแสดงของผู้ที่เป็นปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อาการไอเรื้อรัง ไอมีเสมหะมากขึ้น อาการเป็นๆหายๆและเป็นต่อเนื่องผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกายมาก ต่อมาจะเหนื่อยแม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยฟังปอดได้ยินเสียง Rhonchi หรือเสียง Wheezing ทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออกส่งผลทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.ผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้ผู้ที่เป็นมีอาการหายใจลำบากเกิดขึ้นส่งผลทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ลดน้อยลงกิจกรรมทางกายถูกจำกัดมีอาการเหนื่อยเพลียไม่สามารถใช้แรงหรือออกกำลังกายได้ตามปกติ และแบบแผนการนอนหลับจากการที่ทางเดินหายใจถูกอุดกั้นการยืดหยุ่นของปอดและหลอดลมเสียความสมดุลทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะหายใจลำบาก

2.ผลกระทบด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึก การมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ้นหวัง กลัว ไม่สุขสบาย คับข้องใจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้น ผู้ป่วยอาจรู้สึกกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จในการใช้ชีวิตเนื่องจากต้องเจ็บป่วยตลอดเวลาเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำและไม่สามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่หรือทำกิจกรรมต่างๆเพื่อที่จะดูแลตนเองได้ จึงทำให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา

3. ผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้มีอาการเจ็บป่วยอยู่บ่อยครั้ง จึงทำให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษามากขึ้นไม่ว่าจะเป็นค่ายา ค่าออกซิเจน ค่ารถ ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆประกอบกับผู้ป่วยไม่สามารถจะประกอบอาชีพได้ตามปกติความสามารถในการทำงานลดลง ต้องออกจากงานทำให้รายได้ลดน้อยลงจึงต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้นเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในครอบครัวซึ่งส่งผลทางอ้อมต่อสังคมได้

ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.การติดเชื้อ เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ผู้ป่วยที่มีไข้ มีน้ำมูก ไอ หรือมีเสมหะเปลี่ยนสี อาจเกิดจากเชื้อไวรัส เนื่องจากไข้หวัด หลอดลมอักเสบ และปอดบวมจากเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* หรือ *Hemophilus influenza*

2.ภาวะหัวใจวาย ในผู้ป่วย COPD ที่มีการอุดกั้นของหลอดลมอย่างเรื้อรังจะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆหน้าที่การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดไม่สมบูรณ์ผู้ป่วย COPD มักจะมีการติดเชื้อของทางเดินหายใจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด Acute exacerbation bronchitis ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน

3.Cor-pulmonale โรคหัวใจข้างขวาล้มเหลวเนื่องจากโรคของเนื้อปอดและ pulmonary vascular bed เมื่อ pulmonary vascular bed อุดตันจะเกิดความดันในปอดสูงขึ้นทำให้เลือดมาที่เนื้อปอดไม่ได้จึงเกิด hypoxia

4. Spontaneous pneumothorax การมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดพบได้ไม่มากนักในผู้ป่วย COPD อันตรายที่อาจพบได้มักขึ้นอยู่กับขนาดหลอดลมและความรุนแรงของโรคซึ่งจะทำให้เกิดภาวะhypoxemia เลวลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

5. Giant bullar การมีbullar ขนาดใหญ่มักพบในผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรังและถุงลมโป่งพองในเนื้อเยื่อของปอดมีถุงโป่ง (bullae) แทรกอยู่ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ในการเกิด Spontaneous pneumothorax เมื่อ bullaeขนาดใหญ่จะเปื่อยเนื้อเยื่อของปอดทำให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

1. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือที่คนทั่วไปเรียกกันว่าโรคถุงลมโป่งพองเป็นสาเหตุสำคัญ หนึ่งในห้าที่ทำให้ประเทศไทยต้องสูญเสียทรัพยากรสุขภาพจำนวนมากอีกทั้งยังเป็นโรคในระบบการหายใจที่คร่าชีวิตคนไทยเป็นอันดับสี่รองลงมาจากมะเร็งปอด ปอดอักเสบและวัณโรคปอด ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมโลกมากขึ้นทั้งมลพิษทางอากาศโดยเฉพาะPM_{2.5} และสภาวะโลกร้อนส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอีกทั้งยังทำให้มีการกำเริบของโรคง่ายขึ้น

การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน(Acute Exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาวดังนั้นการทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรค การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การเริ่มการรักษาและเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เทคนิคการใช้ยาสุดตามอย่างถูกวิธี การป้องกันและรักษาการกำเริบเฉียบพลันของโรคจึงมีความสำคัญกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคนี้

จากสถิติงานเวชระเบียนโรงพยาบาลนาจะหลวยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีผู้มารับบริการ ปี2564จำนวน 332 คน ปี2565 จำนวน 254 คนและปี 2566 จำนวน 264 คน มีผู้ป่วยที่ได้Admit ในโรงพยาบาลนาจะหลวย ปี2564 จำนวน 66 คน ปี 2565 จำนวน 54 คน และปี2566 จำนวน 64 คน โดยปัจจุบันการรับการรักษาโรคดังกล่าวยังขาดกระบวนการให้บริการเฉพาะโรคโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค (Exacerbation)ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยประสานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2.2 เพื่อศึกษาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

3.ขอบเขตและวิธีการศึกษา

กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในตรงพยาบาลจะหลวย 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลเรียบเรียง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย การฟื้นฟูสภาพที่บ้านและระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอนมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย

4.ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.1.ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย การวินิจฉัย รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน
- 4.2.คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจงโดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันจำนวน 2 ราย
- 4.3.รวบรวมข้อมูล ประเมินสุขภาพผู้ป่วยที่มาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน
- 4.4.กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ ประเมินผล และสรุปกรณีศึกษา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ชื่อกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	80	75
โรคประจำตัว	COPD,HT	COPD, DM
ประวัติการแพ้ยา	แพ้ยา penicillin	ไม่แพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด	ไม่เคยผ่าตัด
อาชีพ	เกษตรกร	เกษตรกร
การสูบบุหรี่/การดื่มสุรา	ไม่สูบบุหรี่ไม่ดื่มสุราไม่ใช้สารเสพติด	เคยสูบบุหรี่อายุ16ปีเลิกสูบบุหรี่ปี 2551ไม่ใช้สารเสพติด ไม่ดื่มสุรา
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	พี่สาวเป็นโรคหอบหืด	ไม่มี
ผู้ดูแล	ภรรยา	ภรรยา
การวินิจฉัยโรค	COPD with AE with Respiratory failure with HT	COPD with AE with Hypokalemia with DM
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ไข้ ไอ หายใจหอบก่อนมาโรงพยาบาล1ชั่วโมง	ไอ หายใจหอบก่อนมาโรงพยาบาล1ชั่วโมง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	1ชั่วโมงก่อนมา มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบ เหนื่อยเพลีย ไม่มีน้ำมูกพ่นยาเองที่บ้าน 3 ครั้งอาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล	1ชั่วโมงก่อนมา ไม่มีไข้ ไอมีเสมหะ หายใจหอบ ไม่มีน้ำมูก พ่นยาเองที่บ้าน 2 ครั้ง อาการไม่ทุเลาจึงมาโรงพยาบาล
การตรวจร่างกาย	ผิวหนัง : ผิวสีดําแดง ไม่บวมหรือมีรอยช้ำ เล็บมือเล็บเท้าปกติ ศีรษะ ใบหน้า : รูปร่างปกติ ไม่พบบาดแผล ตา : Pupil 3 min reaction to light both eyes หู คอ จมูก : ไม่มีสารคัดหลั่ง ไม่มีคอแข็ง คลำไม่พบก้อน หัวใจและหลอดเลือด : ปกติ ทรวงอกและระบบการหายใจ : หายใจเหนื่อยหอบ อัตราหายใจ 30ครั้ง/นาที Lung wheezing BL SpO2 95% RA ช่องท้อง : ปกติ ระบบทางเดินอาหาร : ปกติ ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ลักษณะระบบทางประสาท : ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS = E4V5M6 Motor Power แขนขาซ้ายgr.5 , ขวาgr.5	ผิวหนัง : ผิวสีดําแดง ไม่บวมหรือมีรอยช้ำ เล็บมือเล็บเท้าปกติ ศีรษะ ใบหน้า : รูปร่างปกติ ไม่พบบาดแผล ตา : Pupil 3 min reaction to light both eyes หู คอ จมูก : ไม่มีสารคัดหลั่ง ไม่มีคอแข็ง คลำไม่พบก้อน หัวใจและหลอดเลือด : ปกติ ทรวงอกและระบบการหายใจ : หายใจเหนื่อยหอบ อัตราหายใจ 30ครั้ง/นาที Lung wheezing BL SpO2 92% RA ช่องท้อง : ปกติ ระบบทางเดินอาหาร : ปกติ ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ลักษณะระบบทางประสาท : ระดับความรู้สึกตัวปกติ GCS = E4V5M6 Motor Power แขนขาซ้ายgr.5 , ขวาgr.5

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	วันที่ 4 ตค 66 BUN :15.5 Cr.: 1.0 CBC Hct : 37 WBC: 8410Plt :345000 Electrolyte Na :137 K : 4.0 Cl: 99 CO2: 25 LFT SGOT : 8 SGPT: 5 Total Billirubin :0.44Direct Billirubin : 0.18Total protein : 7.6 Albumin :4.0 Globulin : 3.6	วันที่ 21 ตค 66 BUN :11.0 Cr.: 0.71 CBC Hct : 40 WBC: 8090 Plt :251000 ElectrolyteNa :140 K : 2.8 Cl: 99 CO2:22.9 วันที่ 22 ตค 66 Electrolyte Na :139 K : 4.3 Cl: 100 CO2:22.9
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีไข้ ไม่มีเสมหะ หายใจหอบ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/83 มม.ปรอท	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีไอหายใจหอบ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/64 มม.ปรอท

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การรักษาที่ได้รับ	ผู้ป่วยadmitวันที่4 ตุลาคม 2566 เวลา19.35 น.แรกรับถึงward ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหายใจยังหอบแพทย์ให้เจาะLab CBC,BUN,Cr,E'lyte,LFT,H/C,ATKส่ง CXR on NSS 1000 ml iv 60 ml/hr on O2 canular 3 LPM พ่นBerodual (2:2) 1NB q 15 min x๓ dose then q 4 hr ให้อายา ceftazidime 2 gm q 12hr,Roxitro 1x2 ac, para 1xprn,GG 1x3pc,CPM 1x3 pc ,omeprazone 1x1 ac ,MTV1x2pc ,seroflo 1 puff bid , Airx 1x3 pc ,Enalapril (5) 1x1 pc วันที่ 5 ตค 66 เวลา 01.06 น.ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยมากขึ้นหายใจยังหอบRR 40 รายงานแพทย์แพทย์มาดูอาการให้ Dexta 4 mg iv stat ,valium 10 mg iv ก่อนใส่tube on ETT tube retain foley's cath consult MED.รพ.เดชอุดม ให้refer ไปรพ.เดชอุดม เวลา02.00 น.	ผู้ป่วยadmitวันที่ 21 ตุลาคม 2566 เวลา 17.50 น. แรกรับถึงward ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหายใจยังหอบแพทย์ให้เจาะLab CBC,BUN,Cr,E'lyteส่ง CXR ,EKG on O2 canular 3 LPM พ่นBerodual (2:2) 1 NB x3 dose q 15 min then q 4 hr ให้อายาDexta 8 mg iv stat then 4 mg iv q 6 hr. on NSS 1000 ml iv 60 ml/hr , ให้อายา Roxitro 1x2 ac,para 1xprn,GG 1x3 pc,CPM 1x3 pc, E.KCL 30 ml po q 3 hr x 2 dose วันที่ 22 ตุลาคม 2566 ให้อายา Dexta 4 mg iv q 12 hr. พ่นBerodual (2:2) NB q 6 hr หลังได้รับการรักษาอาการหายใจหอบลดลง RR 22 ครั้ง/นาที วันที่ 23 ตุลาคม 2566 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1.มีภาวะเนื้อเยื่อพรวงอกซีเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง วัตถุประสงค์ ได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	ข้อมูลสนับสนุน 1.หายใจหอบRR 40 2.ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheezing both lung 3. O2 saturation 95 % การพยาบาล 1.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพรวงอกซีเจน เช่นระดับความรู้สึกตัว การหายใจแรงหอบลำบาก 2.ให้ออกซิเจน 3 LPM และให้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา 3.วัดV/S monitor EKG,O2 sat เพื่อประเมินภาวะกรดต่างและผลการรักษาด้วยออกซิเจน 4.นอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีและระบบหายใจไม่ถูกกดทับและงดกิจกรรมต่างๆเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 5.ฟังปอดทุกครั้งหลังได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อจะได้ประเมินความรุนแรงและขนาดพยาธิสภาพของปอด	ข้อมูลสนับสนุน 1.หายใจหอบRR 40 2.ฟังเสียงปอดมีเสียง Wheezing both lung 3. O2 saturation 92 % การพยาบาล 1.สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพรวงอกซีเจน เช่นระดับความรู้สึกตัว การหายใจแรงหอบลำบาก 2.ให้ออกซิเจน 3 LPM และให้ยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา 3.วัดV/S monitor EKG,O2 sat เพื่อประเมินภาวะกรดต่างและผลการรักษาด้วยออกซิเจน 4.นอนศีรษะสูง 45 องศาเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีและระบบหายใจไม่ถูกกดทับและงดกิจกรรมต่างๆเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 5.ฟังปอดทุกครั้งหลังได้รับยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อจะได้ประเมินความรุนแรงและขนาดพยาธิสภาพของปอด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
2.มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเนื่องจากหอบเหนื่อยทำให้รับประทานอาหารไม่เพียงพอ วัตถุประสงค์ มีภาวะสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	ข้อมูลสนับสนุน 1.มีอาการหอบเหนื่อยทำให้รับประทานอาหารได้น้อย การพยาบาล 1.ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษา 2.สังเกตอาการกระสับกระส่ายเหงื่อออกปลายมือปลายเท้าเย็นซีดเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของปอด 3.ดูแลให้รับประทานอาหารให้ครบ3มื้อ/วันรับประทานพวกส้มกล้วยเพื่อเพิ่มค่าสารน้ำ Electrolyteในร่างกายลดอาการอ่อนเพลีย	ข้อมูลสนับสนุน 1.มีอาการหอบเหนื่อยทำให้รับประทานอาหารได้น้อย 2.ผลLab K:2.8 การพยาบาล 1.ดูแลให้สารน้ำและยาKCLตามแผนการรักษา 2.สังเกตอาการกระสับกระส่ายเหงื่อออกปลายมือปลายเท้าเย็นซีดเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำงานของปอด 3.ดูแลให้รับประทานอาหารให้ครบ3มื้อ/วันรับประทานพวกส้มกล้วยเพื่อเพิ่มค่าสารน้ำ Electrolyteในร่างกายลดอาการอ่อนเพลีย 4.เจาะLab Electrolyte เพื่อประเมินอีกครั้งหลังได้ยา

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
3.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากหายใจหอบเหนื่อย วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยหายใจหอบRR40 2.ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาล 1.ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ป่วย 2.ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ 3.จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ไว้ใกล้มือเพื่อง่ายต่อการหยิบใช้ 4.ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยหายใจหอบRR40 2.ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยสูงอายุ การพยาบาล 1.ประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ป่วย 2.ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ 3.จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ไว้ใกล้มือเพื่อง่ายต่อการหยิบใช้ 4.ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
4.ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วย วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ	ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยนอนรพ.บ่อยครั้ง 2.สีหน้าแววตา ท่าทางดูวิตกกังวล 3.ญาติเข้ามาสอบถามอาการผู้ป่วยบ่อยครั้ง การพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ไว้วางใจและเชื่อมั่นในการพยาบาล 2.เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม ชักถามข้อสงสัยส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการรักษาพยาบาล การใช้เครื่องมือต่างๆกับผู้ป่วย 4.ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลและเกิดความปลอดภัย 5.อยู่ใกล้ชิดสัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าที่นุ่มนวลและพร้อมให้การพยาบาล	ข้อมูลสนับสนุน 1.ผู้ป่วยมารพ.ด้วยอาการเหนื่อย หายใจหอบบ่อยครั้ง 2.สีหน้าแววตา ท่าทางดูวิตกกังวล 3. ญาติเข้ามาสอบถามอาการผู้ป่วยบ่อยครั้ง การพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ไว้วางใจและเชื่อมั่นในการพยาบาล 2.เปิดโอกาสให้ญาติเยี่ยม ชักถามข้อสงสัยส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการรักษาพยาบาล การใช้เครื่องมือต่างๆกับผู้ป่วย 4.ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลและเกิดความปลอดภัย 5.อยู่ใกล้ชิดสัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าที่นุ่มนวลและพร้อมให้การพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่1 เพศชายอายุ 80 ปีเข้ารับการรักษาเมื่อวันที่4 ตุลาคม 2566ด้วยอาการไข้ไอหอบเหนื่อยก่อนมาโรงพยาบาลน่าจะหลวย 1 ชั่วโมงแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD with AE with HT หลังให้การรักษาพยาบาล1 วันผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาหายใจยังหอบเหนื่อยมากขึ้นแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม ด้วย Respiratory failure นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม จนถึงวันที่ 10 ตุลาคม 2566 และส่งตัวกลับมาให้ยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลน่าจะหลวยจนถึงวันที่ 13 ตุลาคม2566 ได้รับยาครบตามแผนการรักษา หายใจไม่หอบ RR 22 /min แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

ผู้ป่วยรายที่2 เพศชาย อายุ 75 ปีเข้ารับการรักษาเมื่อวันที่4 ตุลาคม 2566ด้วยอาการไข้ไอหอบเหนื่อยก่อนมาโรงพยาบาลน่าจะหลวย 1 ชั่วโมงแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD with AE with DM หลังให้การรักษาพยาบาล 2 วัน อาการเหนื่อยหายใจหอบลดลง RR 22/min แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง2รายนี้พบว่าเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากภาวะวิกฤตฉุกเฉินหอบเหนื่อยขาดอากาศยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการรักษาและจากการที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทั้งด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมและมักไม่ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาจึงต้องวางแผนที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตลอดจนบุคคลในครอบครัวมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีตอบข้อซักถามและมีความตระหนักในการดูแลตนเอง พยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้และทักษะการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง การป้องกันสิ่งกระตุ้น โดยปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสำคัญมากนอกจากได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม พยาบาลจึงต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือภาวะโรคกำเริบ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน จำนวน 2 รายเป็นเวลา 20 วัน และได้เฝ้าติดตามหลังได้รับคำแนะนำในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกต้องกับผู้ป่วย 2 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยสามารถพ่นยาเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องและผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับทั้งทางร่างกายและจิตใจจนไม่มีอาการเหนื่อยหอบและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่มีอยู่เดิมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งสองรายได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามแผนการพยาบาลมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้และมีความพึงพอใจในการรักษา

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากรายงานกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ดังนี้

6.1. เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6.2. ลดระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6.3. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

6.4. นักวิชาการพยาบาล อาจารย์ นักศึกษาพยาบาล หรือนักวิจัยทางการพยาบาลสามารถนำรายงานการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบ ไปเป็นแนวทางในการศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อื่นๆต่อไป

6.5. ประชาชนหรือผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้พบว่าเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งจากภาวะวิกฤตฉุกเฉินหอบเหนื่อยญาติยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการรักษาและจากการที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทั้งด้านการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมและมักไม่ให้ความร่วมมือในแผนการรักษาจึงต้องวางแผนที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตลอดจนบุคคลในครอบครัวมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีตอบข้อซักถามและมีความตระหนักในการดูแลตนเอง พยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้และทักษะการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง การป้องกันสิ่งกระตุ้น โดยปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันมักจะเกิดจากการควบคุมโรคไม่ดีและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงซึ่งในผู้ป่วย 2 รายนี้มีประวัติพ่นยาไม่สม่ำเสมอจากแรงกดในการพ่นยาน้อยทำให้ผู้ป่วยไม่อยากพ่นยา ส่งผลให้โรคกำเริบ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การค้นหาปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายและการดำเนินของโรคแต่ละระยะ

9.2. ควรสอนวิธีการพ่นยาที่ถูกต้องและประเมินการพ่นยาก่อนกลับบ้านทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการพ่นยาและสามารถพ่นยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9.3. ควรจัดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งต่อชุมชน

9.4. กระตุ้นให้บุคลากรในหอผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ C3THER ของการทบทวน 12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

10. การเผยแพร่ผลงาน

การนำเสนอผลงานวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา) (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางบังอร สุราราชภูร์..... สัดส่วนของผลงาน.....100..... (ระบุร้อยละ)
- 2) สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)
- 3) สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)✓.....

(....นางบังอร สุราราชภูร์.....)

(ตำแหน่ง) ..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

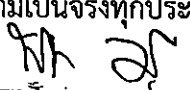
(วันที่) 11../.....ม.ค...../.....๒๕๖๗.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางบังอร สุราราชภูร์	✓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

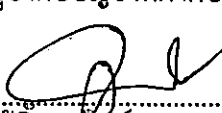
(นางพวงเพชร สมสุข).....

(ตำแหน่ง) ..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลนางจะหลวย.....

(วันที่) 11/1/.....ม.ค. 2567.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายอัครภูมิ ฝลำนันต์).....

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนางจะหลวย

(วันที่) 11/1/.....ม.ค. 2567.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง คู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD)) เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในระยะยาว ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยเสี่ยงต่อโรค การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การเริ่มการรักษาและ การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม เทคนิคการใช้ยาสูดอย่างถูกวิธี การป้องกันและรักษาการกำเริบเฉียบพลันของโรคจึงมีความสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก COPD เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก และยังได้ประมาณการจำนวนผู้ป่วย COPD ปี พ.ศ. 2553 ไว้ที่ 384 ล้านคน คิดเป็นความชุกของ COPD ร้อยละ 11.72 ส่วนในประเทศไทยยังไม่มี การสำรวจอุบัติการณ์การเกิด COPD ที่ชัดเจน แต่จากการประมาณการความชุกของ COPD ในประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2553 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,268 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 7,035 ต่อ 100,000 ประชากร และจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ของประเทศไทย พบว่าประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ปี พ.ศ.2562 และ พ.ศ.2563 มีผู้ป่วย COPD รายใหม่จำนวน 14,243 ราย และ 11,349 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง อาจมีผลมาจากการที่สาธารณสุขของประเทศไทยมีการรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจาก COPD มาโดยตลอด แต่จะเห็นได้ว่าเมื่อเทียบกับประชากรโลกแล้วอัตราการเกิด COPD ของประชากรไทยยังสูงกว่า จึงต้องรณรงค์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

จากสถิติงานเวชระเบียนโรงพยาบาลนาจะหลวยพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีผู้มารับบริการ ปี 2564 จำนวน 332 คน ปี 2565 จำนวน 254 คน และปี 2566 จำนวน 264 คน มีผู้ป่วยที่ได้ Admit ในโรงพยาบาลนาจะหลวย ปี 2564 จำนวน 66 คน ปี 2565 จำนวน 54 คน และปี 2566 จำนวน 64 คน และจำนวนผู้ป่วยที่กลับมาเป็นซ้ำปี 2564-2566 คือ 30 ราย 42 ราย และ 45 รายตามลำดับ โดยสาเหตุในการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ 1.ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค 2.การมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม 3.การพ่นยาไม่ถูกวิธี ดังนั้นหน่วยงานหรือบุคลากรต้องตระหนัก ค้นคว้า หาแนวทางเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรค มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีทักษะการพ่นยาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถฝึกการหายใจและบริหารปอดได้อย่างเหมาะสม และการจัดการกับอาการของโรคเบื้องต้นได้อย่างถูก

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

วิธี ซึ่งในหอผู้ป่วยในได้มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ฝึกทักษะการพ่นยา แนะนำวิธีการหายใจที่เหมาะสมกับโรค โดยการพูดคุยและแนะนำแบบปากเปล่า พบปัญหาว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางครั้งหลงลืม ทำให้การรับรู้และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคกำเริบกลับมาอีกครั้ง ดังนั้นผู้นำเสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้เรื่องโรค ทบทวนวิธีการพ่นยา การบริหารปอด และการจัดการรับอาการของโรคเบื้องต้นขณะอยู่ที่บ้านได้ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกำเริบของโรคได้มากยิ่งขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการระคายเคืองต่อปอดที่เกิดจากฝุ่นและก๊าซซึ่งสาเหตุที่สำคัญที่สุดคือควันจากการสูบบุหรี่จากการตรวจสมรรถภาพปอดจะมีการลดลงของปริมาตรของลมหายใจที่วัดจากการหายใจออกเต็มที่และรวดเร็วใน ๑ วินาที พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีค่าเฉลี่ยจากการสูบบุหรี่น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ปัจจัยสำคัญรองลงมาจากสูบบุหรี่คือการสัมผัสฝุ่นและสารเคมีจากการประกอบอาชีพซึ่งจากประเทศไทยพบว่ามลพิษภายในอาคารจากการเผาผลาญเชื้อเพลิงประเภทไม้ ชาก ฟืน มูลสัตว์ในการประกอบอาชีพเพื่อการประกอบอาหารและการให้ความร้อนซึ่งทำให้เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดขึ้นช้าๆและค่อยๆเลวลงเรื่อยๆโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ และลดการกำเริบของโรคนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการกำเริบของโรคบ่อยครั้งส่งผลให้ภาวะการหายใจลดลง รวมทั้งการบรรเทาอาการหายใจลำบากจำเป็นต้องใช้ยาขยายหลอดลม การใช้ยามีการซับซ้อนผู้ป่วยจำเป็นต้องมีทักษะในการพ่นยาที่ถูกวิธีซึ่งการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาทำให้ไม่สามารถควบคุมการหายใจลำบากได้ ยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่เลวลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมือนเดิมอาจส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการทางระบบหายใจที่แย่ง เกิดภาวะ respiratory failure ส่งผลให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น คุณภาพชีวิตเลวลงเพิ่มอัตราการทุพพลภาพและเสียชีวิตมากขึ้น

งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลน่าจะหลวย พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม การพ่นยาไม่ถูกวิธีและขาดทักษะต่างๆในการดูแลตนเองที่บ้าน ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน การฝึกทักษะการพ่นยา การหายใจและการจัดการเบื้องต้นของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านเพื่อลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำโดยใช้แนวคิด PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งเป็นการปรับปรุงกระบวนการของการทำงาน และใช้ทฤษฎีของกอร์ดอนในการให้ดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเริ่มจากการประเมินปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยการซักประวัติ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวมและนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดทำคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังขึ้นหลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายได้รับคู่มือการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 2 สิงหาคม 2566-5 พฤศจิกายน 2566

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาจะหลวย
2. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาจะหลวย

ขอบเขตและวิธีการศึกษา

กรณีศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในตงพยาบาลนาจะหลวย 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย การฟื้นฟูสภาพที่บ้านและระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยนำทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอนมาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. พัฒนาแนวทางการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สาเหตุการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการกำเริบของโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ วิธีการบริหารปอดที่เหมาะสม วิธีการพ่นยาที่ถูกต้อง และการจัดการกับอาการการกำเริบของโรคแบบเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1.ชื่อผลงาน เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด:
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566
ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจจะช่วยลดอัตราการตายได้ จึงทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา SK พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรอง ชักประวัติ การวินิจฉัย การเตรียมยา การให้ยา การพยาบาล ทุกระยะ และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทีหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกอนไขมัน ที่เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตกร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้น จนส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืด เป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5-10 การรักษาคือการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด “เพราะทุกนาทีที่เสียไป หมายถึงกล้ามเนื้อหัวใจที่เสียหายขาดเลือดตามไปด้วย” การประเมิน การวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มาก รวมทั้งระบบการส่งต่อและการประสานงานภายในโรงพยาบาล มีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน การเกิดโรคซ้ำ สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและการปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพสาเหตุ อาการ อาการแสดง สามารถรวบรวมปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องครอบคลุม มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยหายจากภาวะแทรกซ้อนมีชีวิตรอดปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 1 ของการเสียชีวิต (จาก WHO) ในประเทศไทย ปี 2560 มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหัวใจโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สูง 326,946 คน และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 57 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ข้อมูลจากกรมการแพทย์ ปี 2562 พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี

โรงพยาบาลนาจะหลวย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (F2) อยู่ห่างไกลจากรพ.แม่ข่าย 100 กม. ใช้เวลาเดินทาง 1.45 ชม. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นพยาบาลในท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็วรายงานแพทย์และนำสู่การวินิจฉัยโรค ให้ยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา และประสานการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบช่องทางด่วนโดยพยาบาล ICU Mobile ได้อย่างปลอดภัย รวดเร็ว ทันเวลา ผู้ป่วยรอดชีวิตกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สถิติในปี 2564-2566 โรงพยาบาลนาจะหลวย มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 32 ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลนาจะหลวย จำนวน 29 ราย ส่งต่อทำ PCI 27 รายและเสียชีวิต 3 ราย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน สำคัญ และวัตถุประสงค์ของงาน

4.1 ขั้นตอนการดำเนินงาน การศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด(SK) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องเน้นการเข้าถึงอย่างรวดเร็วโดยผู้ป่วยทุกรายที่มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการ STEMI น้อยกว่า 12 ชั่วโมง พยาบาลจะต้องรีบประเมินคัดกรอง ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และจัดให้แพทย์ตรวจทันที พร้อมเตรียมการประสานงานปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขาและส่งต่ออย่างรวดเร็วเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นและ ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แนวคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางาน มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ คือ

1. กายวิภาคและสรีระวิทยา
2. การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. การแปรผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. การวินิจฉัยทางการพยาบาล
5. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)
6. กระบวนการพยาบาล C3THER
7. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
8. แนวทางการประสานงานกับแพทย์เฉพาะทางและการสื่อสารข้อมูลที่น่าไปใช้ในดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4.2 สำคัญ

กรณีศึกษา รายที่ 1 ชายไทยอายุ 60 ปี สถานภาพสมรส อาชีพ เกษตรกรรมเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก 49 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ให้ประวัติ 1 ชม. ก่อนมาวิงเวียนศีรษะ จุกแน่นหน้าอกกลางอก ไม่ร้าวไปที่ใด มีเหงื่อออกตัวเย็น คลื่นไส้ไม่อาเจียน แรกแรกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าจะหลวย วันที่ 14 กรกฎาคม 2565 เวลา 07.26 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการวิงเวียนศีรษะ จุกแน่นหน้าอกกลางอก บางครั้งเหมือนจะจุก มีอาการขณะยืนตัดหญ้า Pain Score 9/10 ให้ประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน นาน 40 ปี ไม่มีโรคประจำตัวญาตินำส่งโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยคัดกรองเพื่อการพยาบาล อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.5 องศา ซีฟร 60 ครั้ง/นาที ,หายใจ 20 ครั้ง/นาที,ความดันโลหิต 115/68 มิลลิเมตรปรอท O2sat 98 % E4V5M6 , Pain Score 9/10 EKG: show STE LII,III,AVF ,STD LI,aVL Trop-T <40 ให้ยา ASA 300 mg 1 tab เวลา 08.28 น.เคี้ยวกลืน ,Plavix 75mg 4 tab oral stat เวลา 08.28 น. ให้สารทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS1000 CC vein rate 40 cc/hr. stat เวลา 10.30 น.อาการแน่นหน้าอกลดลง ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 08.19 น. สั่งการรักษาให้ยา SK 1.5 MU+NSS 100 CC vein drip in 1hr. เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase). ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำ เวลา 09.00 น.และให้การพยาบาลตาม แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที ระหว่างให้ยาวันที่ 5 (09.05) ผู้ป่วยมีภาวะ Hypotension ความดันโลหิต 72/42 - 86/51 มิลลิเมตรปรอท MAP 57 - 68 ซีฟร 66 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาที O2Sat 100% และมีอาการเหนื่อยใจหวิว ตาลาย ได้รับการดูแลรักษาตามกระบวนการพยาบาลทุกระยะ โดยจัดท่านอนราบศีรษะต่ำ ให้ o2 canular 3 Lit/min ลดอัตราการไหลของยา (Rate SK) ลง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ครั้งหนึ่ง และ Load 0.9 % NSS 500 ml ให้แพทย์เพิ่มการรักษาด้วย Levophed (4:250) Start 10 ml/hrs. EKG ไม่เปลี่ยนแปลง เวลา 09.30 น. หลังให้ IV ครบ 500 ml วัดสัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 101/70 มิลลิเมตรปรอท MAP 86 ชีพจร 66 ครั้ง/นาที Titrat Levophed(4:250) เป็น 16 ml/hrs then 0.9 % NSS rate 40 cc/hr. หลังแก้ไขภาวะ Hypotension เหนื่อยเพลีย ใจหวิว ตาลาย ลดลง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาซ้ำอีก ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินนานประมาณ 2.30 นาที ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเวลา 11.00 น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อความดันโลหิต 106/ 64 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 56 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/ นาที O2Sat 100% Pain Score 3/10 ขณะนำส่งให้ การปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง นำส่งต่อโดยพยาบาล ICU Mobile อุปกรณ์ ยาช่วยชีวิตตลอดเวลา สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต 106/65 - 118/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58 - 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้ง/นาทีให้ออกซิเจน mask Cannula 3 l/min O2Sat 99 - 100% Pain score 3/10 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้พักรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ รักษาโดยการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography) และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมพักรักษาตัว 3 วัน อาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับยา ASA (81 mg) 1X1 oral pc , Omeprazole 20mg 1x1 oral ac, Clopidogrel 75mg 1x1 oral pc, Isosorbide dinitrate S/L 5mg SL 1 tab prn เวลา มีเจ็บแน่นหน้าอกและนัดติดตามอาการ 1 เดือน ได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับ รพ.สต.ในเขตเพื่อติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แนะนำงดสูบบุหรี่ ผู้ป่วยญาติเข้าใจพยาธิสภาพและมีความรู้มากขึ้นในการปฏิบัติตัว

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ชายไทยอายุ 56 ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก 64 กก. ส่วนสูง 165 เซนติเมตร 2 ซม. ก่อนมา เจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก ตลอดเวลา ไม่ร้าวไปที่ไหน มีโรคประจำตัว DM HT ให้ประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน นาน 20 ปี ผู้ป่วยเหนื่อย หายใจหอบมากขึ้น ญาติจึงขอ EMS ออกรับ แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าจะหลวย วันที่ 22 กรกฎาคม 2566 เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีเหงื่อออกตัวเย็น ผุดผกนัง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศา ชีพจร 130 ครั้ง/นาที, หายใจ 36 ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต 154/87 มิลลิเมตรปรอท O2 sat RA 87 % E4V5M6 , Pain Score 10/10 Run EKG 12 Lead ไม่ได้เพราะผู้ป่วยตื่น และหายใจหอบ ฟังเสียงหายใจได้ Creptitation Both Lung Rt > Lt, Subcostal retraction , SpO2 RA 87% ให้การพยาบาลโดยจัดทำนอนศีรษะสูง , ให้ดม O2 Mask with Bag 10 Lit/min , Monitor EKG , Monitor NIBP . Monitor O2 sat และรายงานแพทย์เวรทราบ แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เป็น ET-tube No. 7.5 ซีด 21 ได้ Diazepam 10 mg iv x 2 Dose ก่อนและหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยสงบลงจึงทำ EKG 12 Lead : show Sinus tachycardia rate 111 bpm , STE LV1-V6 no arrhythmia ส่ง Film Chest ผล CXR : patchy infiltration Rt lung no cardiomegaly, Trop-T: 1,383 ให้ยา ASA 300 mg 1 tab Feed OG เวลา 23.10 น. บดละเอียด, Plavix 75 mg 4 tab Feed OG stat เวลา 23.12 น. ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ สั่งการรักษาให้ยา SK 1.5 mu + NSS 100 CC vein drip in 1 hr. เวลา 23.28 น ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำและให้การพยาบาลตาม แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตามวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที ความดันโลหิต 110/60 - 110/70 มิลลิเมตรปรอท MAP 70-72 ชีพจร 78 ครั้ง/นาที หายใจตามเครื่อง 20 ครั้ง/นาที O2Sat 99-100 % ไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา ใช้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินนานประมาณ 3.45 ชม. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเวลา 02.30 น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อ ความดันโลหิต 110/ 70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/ นาที O2Sat 100% Pain Score 2 /10 ขณะนำส่งให้ การปฏิบัติการพยาบาล ฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ชิดให้ข้อมูลคำแนะนำ กับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ทำตามบอกได้ นำส่งต่อโดยพยาบาล ICU Mobile อุปกรณ์ ยา ช่วยชีวิตตลอดเวลา สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต 110/70 – 115/75 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 – 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจตามเครื่อง 20 ครั้ง/นาทีที่ให้ออกซิเจน O2 Sat 99 – 100% Pain score 2/10 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเตรียมเคลื่อนย้ายส่งต่อ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ฝ้าสังเกตและติดตามอาการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography) และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน และใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมระยะเวลาการรักษา 3 วัน อาการดีขึ้นไม่มี ภาวะแทรกซ้อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รับยา Aspirin (81mg) 1x1 oral pc ,omepazone 20mg 1x1 oral ac, Clopidogrel 75 mg 1x1 oral pc ,Atorvastatin 40mg 1x1 oral hs, Isosorbide dinitrate S/L 5mg SL 1 tab prn เวลาเมื่อเจ็บแน่นหน้าอก และนัดติดตามอาการ 20 วันได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต.ในเขต ติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูลผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จดสูบบุหรี่ได้ขาดผู้ป่วยญาติเข้าใจพยาธิสภาพและมีความรู้มากขึ้นในการปฏิบัติตัว

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

1. กรณีศึกษาทั้ง2รายเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMIแต่ความรุนแรงและตำแหน่งที่เกิดต่างกัน
2. กรณีศึกษาทั้ง2รายเป็นเพศชายมีอายุใกล้เคียงกัน ประวัติการสูบบุหรี่เหมือนกันซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง2 รายกรณีรายที่2มีโอกาสเสี่ยงมากกว่ารายที่1 เนื่องจากมีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
3. กรณีศึกษาทั้ง2รายไม่มีข้อห้ามในการให้ยาSKและได้รับยาSKทันเวลาในรายที่1มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเกิดภาวะ Hypotension ส่วนรายที่2 มีปัญหาRespiratory Failure ซึ่งต้องแก้ไขทางเดินหายใจเป็นลำดับแรกทำให้การให้การพยาบาลในระยะนี้จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นทั้งสองราย
- 4.การกำหนดและข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
5. กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการส่งต่อด้วยระบบ FAST TRACK ภายในเวลาที่กำหนดโดยมีทีม Mobile ICU เป็นพยาบาลส่งต่อรพ.สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางและให้การดูแลรักษาเฉพาะทางและผู้ป่วยปลอดภัยสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ
6. กรณีศึกษาทั้ง2รายได้รับการส่งต่อข้อมูลไปที่รพ.สต.ใกล้บ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมอาการ และส่งกลับข้อมูลมาที่โรงพยาบาลน่าจะหลวย ผู้ป่วยทั้ง 2 รายสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และรับยาตามนัดต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 เข้ารับการรักษาในเรื่องความดันโลหิตสูงและไขมันสูง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

4.3.วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดSTEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

5. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันและเป็นอันดับต้นๆในระดับประเทศพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินคัดกรองการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วรวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมผู้ป่วยถึงจะมีความปลอดภัย เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และการเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในปี 2564 ,2565 ,2566 มีผู้ป่วย STEMI จำนวน 8,10, 11 ตามลำดับและได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น ปี 2564 ,2565 ,2566 จำนวน 6,12,5 และผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2564 ,2565 ,2566 จำนวน 0,1,1,มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMIเพื่อให้สามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว

เชิงคุณภาพ

1. พยาบาลสามารถให้การคัดกรองและรักษาการพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีความเข้าใจต่อโรคและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็ว
4. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถ้ากลับเป็นอีกครั้ง
6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
 1. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)
 2. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
 3. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
 4. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)
7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพบลักษณะความยุ่งยากของงานดังนี้

ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาตัวเองเบื้องต้นและโรคที่เป็นอยู่เพราะผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหยุดยาเองเพราะคิดว่าตัวเองสบายดีและผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องควบคุมความดันได้ไม่ดีและผู้ป่วยยังสูบบุหรี่เป็นประจำซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ การประเมินคัดกรองที่รวดเร็วทำให้เข้าถึงการรักษาแต่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และระยะทางในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ ต้องใช้เวลานานเนื่องจากโรงพยาบาลอยู่ห่างจากโรงพยาบาลศูนย์ 100 กม. อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตระหว่างการส่งต่อ

เนื่องจากการวินิจฉัยแยกโรคและการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นขั้นตอนสำคัญที่สุด พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญซึ่งสามารถส่งผลโดยตรงต่อระยะเวลาในการดูแลรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย เพราะเป็นผู้ที่พบผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเนื่องจากผู้ป่วย STEMI เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนถ้าให้การ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

รักษาไม่ทันการณ์อาจช่วยชีวิตไม่ทันและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดแล้วไม่สามารถกู้ให้คืนกลับมาได้และผู้ป่วยรายนี้มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยดังนั้นเพื่อความรวดเร็วในการประสานการรักษารวมทั้งการปรึกษาแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาเฉพาะพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะ เพื่อคัดกรองผู้ที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะ STEMI ซึ่งจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกทุกรายที่สงสัย STEMI ถึงแม้ว่าการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในครั้งแรกจะไม่แสดงผลเด่นชัด ก็ยังคงต้องรับไว้ดูอาการในโรงพยาบาลจนกว่าจะแน่ใจอย่างน้อย 72 ชั่วโมง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- 8.1 ด้านผู้ป่วย ด้านระบบบริการ การเข้าถึงบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานทำให้เกิดความล่าช้า การเรียกใช้รถ 1169 ของผู้รับบริการยังน้อยส่วนมากใช้รถส่วนตัวซึ่งอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น
- 8.2 ด้านสถานที่ให้บริการ การให้บริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการดูแลที่ต้องใช้ความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ระบบการดูแลแบบเดิมพบว่าปัญหา ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนบุคลากรบางท่าน ไม่ทราบว่าต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดที่จุดไหนอย่างไร ระบบการขอคำปรึกษา ไม่ทราบช่องทางด่วน ปรึกษาล่าช้า ใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในโรงพยาบาลน่าจะหลาย
- 8.3 ด้านผู้ให้บริการ ขาดทักษะและ ความรู้ในการบริหารยา ให้บริการแบบแยกส่วน ด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมในการใช้งาน

9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมที่มีความรู้ความสามารถ และช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันที่ทั้งที่พยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการพัฒนา สมรรถนะอย่างต่อเนื่อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและแปลผลEKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติขณะส่งต่อ
 2. การเพิ่มสมรรถนะของโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเบื้องต้น ผ่านระบบการขอรับคำปรึกษา และมีแนวทางการรักษาให้ปฏิบัติควรมีการทบทวนการส่งต่อโดยระบบช่องทางด่วนพิเศษ อย่างต่อเนื่องทุกรายเพื่อค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนา
 3. ควรมีการฟื้นฟูวิชาการให้พยาบาลทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ฝึกอบรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ
 4. การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย
 5. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง ผ่านระบบ 1669
 6. ควรพัฒนาให้มีช่องทางด่วน สำหรับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาอื่นๆ
10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

1) นางศุภวรรณ จำปาศรี

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

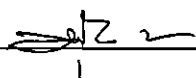
(นางศุภวรรณ จำปาศรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ..10../มกราคม/....2567...

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางศุภวรรณ จำปาศรี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางพวงเพชร สมสุข)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ..10../มกราคม/....2567...

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายอัศรภูมิ ฝลำนันต์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาคะหลวย

(วันที่) ..10../มกราคม/..2567....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องในท้องฉุกเฉิน
โดยประยุกต์ใช้ COSPA และแนวคิด 7 Aspects of care

2. หลักการและเหตุผล

หน่วยคัดกรองงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลนาจะหลวยให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และรักษาโรคตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้รับบริการ ปี 2564-2566 จำนวน 31,262 คน 34,175 คน และ 32,834 คน ตามลำดับ (ข้อมูล ในระบบ HOS-Xp รพ.นาจะหลวย ปีงบประมาณ 2566) จำนวนผู้ป่วยมากกว่า 10% ของผู้ป่วยมาด้วยอาการปวดท้อง ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยมาด้วยอาการ ปวดท้อง จำนวน 2 ราย ที่พบว่าซักประวัติ คัดกรองไม่ครบถ้วน ส่งผลให้เกิด การวินิจฉัยผิดพลาด รายที่ 1 มาด้วยอาการปวดจุกแน่น ท้อง ได้รับการวินิจฉัยเป็น Dyspepsia ได้ยาผิด สังเกตอาการที่ห้องสังเกตอาการ ผู้ป่วยหมดสติปลุกไม่ตื่น ช่วยฟื้นคืนชีพ ผลการรักษาผู้ป่วยเสียชีวิต รายที่ 2 มาด้วยปวดท้อง จุกแน่นท้องได้ลีนปี ได้รับยา ผิด สังเกต อาการที่ห้องฉุกเฉิน อาการไม่ทุเลา ทำการตรวจ EKG เพิ่ม : พบเป็น Anterior wall MI Consult Cardiologist ได้ยา SK ส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการสวน หัวใจ (Coronary Artery Angiography) และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) อาการดีขึ้น แพทย์อนุญาตกลับบ้าน จากอุบัติการณ์ความ เสี่ยงที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีความหลากหลาย ทำให้การคัดกรองมีความคลาดเคลื่อน ผิดพลาด ล่าช้า ส่งผลให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม หรือส่งผลต่อชีวิต

การพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องในท้องสังเกต อาการงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จึงมีความสำคัญเพื่อช่วยให้การดูแลและรักษาเป็นไป อย่างมี ประสิทธิภาพ สามารถระบุความรุนแรงและความเร่งด่วนของผู้รับบริการ ในการให้รักษาพยาบาล การบริหารทรัพยากร ที่ เหมาะสมในการให้การรักษ ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดผลกระทบหรือภาวะคุกคามชีวิต จึงมีการพัฒนาแนว ปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องในท้องสังเกตอาการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้รูปแบบการคัดกรองกลุ่มอาการปวดท้องโดยใช้ COSPA มาประยุกต์ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ 1) Character : ลักษณะที่ปวด 2) Onset : ลักษณะที่เริ่มปวด 3) Location : ตำแหน่งที่ปวด 4) Duration : ระยะเวลาที่เป็น 5) Severity : ระดับความรุนแรง 6) Pattern : ช่วงเวลาที่เป็นบ่อยๆ สิ่งกระตุ้น ให้มีอาการปวดท้อง สิ่งที่ทำให้มีอาการปวดท้องมากขึ้น 7) Associated : อาการร่วม เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว ร่วมการให้การพยาบาลโดยใช้แนวคิด 7 Aspects of care ได้แก่ 1) Assessment : การประเมิน ผู้ป่วย มีการประเมินอาการและความต้องการการดูแล หรือวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับการรักษา 2) Symptom distress management : การจัดการการรบกวนต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สบาย 3) Safety : การดูแลความปลอดภัย 4) Prevention of complication : การป้องกันภาวะแทรกซ้อน 5) Continuing of care : การให้การดูแลต่อเนื่อง 6) Empowerment : การสนับสนุนการดูแลตัวเองของผู้ป่วย และครอบครัว 7) Satisfaction : สร้างความพอใจแก่ผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องมีความสำคัญอย่างมากในการให้การรักษาพยาบาลทาง การแพทย์ พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการคัดกรอง เพื่อช่วยวินิจฉัยความรุนแรงและเร่งด่วน ในการ วินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถช่วยลดความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะฉุกเฉิน ชีวิต การศึกษาและพัฒนาเครื่องมือการคัดกรอง พยาบาลสามารถเรียนรู้เทคนิคและการใช้เครื่องมือการคัด กรองผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องจากการซักประวัติ สัญญาณชีพ การตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อช่วยระบุความ รุนแรงและความเร่งด่วน การสอนและการฝึกอบรมเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องเป็นสิ่งสำคัญที่ ช่วยพยาบาลในการรับรู้อาการที่รุนแรงและเรียนรู้วิธีคัดกรองโดยใช้รูปแบบการคัดกรองกลุ่มอาการปวดท้อง โดยใช้ COSPA มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้การรักษาโดยใช้แนวคิด 7 Aspects of care

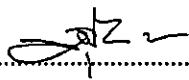
พยาบาลที่ทำหน้าที่การคัดกรอง มีประสบการณ์การทำงานไม่มาก ถือเป็นข้อจำกัดอีกอย่างใน การคัดกรองซึ่งหากขาดประสบการณ์ในการทำงานอาจส่งผลให้การคัดกรองคาดเคลื่อน ลำช้า ไม่ถูกต้อง อาจ ส่งผลที่รุนแรงต่อผู้ป่วย และการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม แนวทางการแก้ไข พยาบาลคัดกรอง ต้องศึกษาคู่มือการคัดกรองผู้ป่วย นำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการคัดกรอง และควรปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากขึ้น จากการใช้นโยบายปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม อาการปวดท้องในท้องสังเกตอาการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. พยาบาลคัดกรองห้องฉุกเฉิน มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม อาการปวดท้องในท้องสังเกตอาการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบท ของหน่วยงาน
3. พยาบาลคัดกรองมีความพึงพอใจแนวปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการ ปวดท้อง มากกว่าร้อยละ 80
4. ช่วยลดเวลาในการคัดกรองและวินิจฉัยอาการปวดท้องที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย เพิ่มโอกาส ในการรักษาผู้ป่วย ลดความรุนแรงและความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะฉุกเฉินชีวิต
5. ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากทีมแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและเหมาะสม
6. ช่วยให้การบริหารทรัพยากรที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ตามความรุนแรงและเร่งด่วน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องในห้องสังเกตอาการกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มากกว่า 80%
2. พยาบาลคัดกรองมีความพึงพอใจแนวปฏิบัติการคัดกรองและการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้อง มากกว่าร้อยละ 80
3. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดท้องได้รับการคัดกรอง Over triage ไม่เกิน ร้อยละ 15 และ Under triage ไม่เกิน ร้อยละ 5
4. ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจการบริการ มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....
(นางศุภวรรณ จำปาศรี)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่)....10 มกราคม 2567.....
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑.เรื่อง การพบาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

๒.ระยะเวลาดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

หัวหน้างานผู้ป่วยใน และเลขานำทางคลินิก เลขานำความเชี่ยวชาญทางด้านคลินิก เป็นผู้นำในการทบทวน Dead case Conference กลุ่ม Unexpected dead unplanned refer ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวัง เพราะมีโอกาสเสียชีวิตสูง ดังนั้น ทีมต้องมีสมรรถนะในการ Early detection , Early resuscitation และ Early refer จึงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย องค์ความรู้ที่สำคัญที่จะต้องนำมาใช้ และพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ดังนี้

๓.๑ ความรู้ทั่วไปของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๓.๒ ความรู้ในการใช้แบบประเมินการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS)

๓.๓ มีความรู้และเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือในการประเมิน Sepsis ในระยะแรกได้รวดเร็ว เช่น

qSOFA, SOS Score

๓.๔ การใช้กระบวนการพยาบาล และ Chronic care model โรคเบาหวาน

๓.๕ ใช้ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ในผู้สูงอายุ

๓.๖ ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)

๓.๗ แนวคิดแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีการพยาบาลของกอร์ดอน

๓.๘ ความรู้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ๗ Aspect of care

๓.๙ ความรู้กระบวนการทางการพยาบาล ๕ ข้อ

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด ๓๐ เตียง อยู่ชายแดน อยู่ห่างจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดประมาณ ๘๐ กิโลเมตร ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม ได้เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการ Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๐ในเรื่อง Sepsis มีโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลวารินชำราบเป็นแม่ข่าย ช่วยกำหนด Guide line CPG ในการดูแลรักษา และวางระบบแนวทางการส่งต่อ จากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า จากสถิติของผู้มารับบริการ มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและมีภาวะช็อก ในปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ มีจำนวน ๒๕, ๒๑, ๒๓ ราย ได้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จำนวน ๑๓, ๑๑, ๑๓ ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๓, ๓, ๒ ราย

จากการทบทวนทางคลินิกกระบวนการดูแลรักษาทุกราย ที่หลุดภายใน ๒ ชั่วโมง จาก deleyed detection ทบทวนการส่งต่อโดยไม่ได้วางแผน (unplanned refer) ทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าปัจจัยที่มีผล

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ต่อการทรุดลง หรือเสียชีวิต ในด้านผู้ป่วย การเข้าถึงการรับบริการ(Access) การตระหนักรู้ภาวะสุขภาพ (health awareness) สภาวะของผู้ป่วย อายุ โรคประจำตัว ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อน ในด้านระบบบริการและทีมรักษาพยาบาล ขาดการเชื่อมโยงแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาล จากหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินไปยังหอผู้ป่วยใน การประเมินล่าช้า การคัดกรองไม่มีการแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองตามบริบทของโรงพยาบาลมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ไม่สามารถประเมินเกณฑ์ของ SOFA ได้ การประเมิน และการประเมินซ้ำล่าช้า ทำให้ประเมินผิดพลาดและทำให้การวินิจฉัยการรักษาล่าช้าตามไปด้วย

ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงกระบวนการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มุ่งเน้นการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว ตั้งแต่แรกเริ่ม โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน คือ SIRS criteria, SOS Score , qSOFA , Early warning Signs เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน วางแผนการรักษาที่สามารถสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ในภาวะเร่งด่วน รวมทั้งการประสานงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และให้การพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ จะทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย มีการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถปฏิบัติตัวและดูแลตนเองได้ เมื่อกลับสู่ชุมชน

กรณีที่ ๑ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๒๗ ปี มาด้วยอาการไข้ ถ่ายเหลว ๔ ครั้ง หลังรับประทานน้ำพริกกะปิ เป็น ๔ วัน ซ้อมยากินเอง Admit ด้วย Dx gastroenteritis with thalassemia เวลา ๒๒.๐๐ น. vital signs แรกรับ BT = ๔๐.๘ PR= ๑๑๐/min RR = ๔๐/min BP = ๙๐/๔๓ mmHg MAP= ๖๒ O_๒ Sat = ๙๖% DTX = ๘๘ mg% Capillary refill < ๒ sec SOS Score = ๖ คะแนน ผล lab : CBC WBC = ๒๒๘๐๐ Hct = ๑๐% Plt = ๑๒๙๐๐๐ BUN/cr = ๑๒/๐.๘ Electrolyte : Na = ๑๓๑ แรกรับผู้ป่วยเหนื่อย หายใจหอบ ใช้สูง มีภาวะ Shock แพทย์ให้ Load NSS ๑๐๐๐ ml v loading แต่ผู้ป่วยก็ยังมีภาวะ Shock เวลา ๐๓.๓๐ น. หลัง Load NSS BP ยังไม่ขึ้น V/S BT = ๓๘ PR = ๑๐๘/min RR = ๓๐/min BP = ๘๐/๕๐ mmHg แพทย์พิจารณาให้ On levophed (๔:๑๐๐) v drip ๑๐ ml/hr พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ขณะให้การดูแลพยาบาลใช้แบบประเมินคัดกรอง SIRS Criteria มีมากกว่า ๒ ข้อ ใช้ SOS Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๔ มาประเมินความรุนแรง และใช้ Early warning signs มาเป็นสัญญาณเตือนผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต ได้มีการประสานการส่งต่อโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เตรียมรถพยาบาลขึ้นสูง พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตพยาบาลส่งต่อ ๒ คน มีการเฝ้าระวัง ประเมินการพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล Dx AGE with Septic shock on ETT ระหว่าง Admit มี develop VAP with RS failure รักษาที่โรงพยาบาลวชิร ๑๐ วันได้ส่งกลับมารับการฉีดยา Antibiotic ต่อให้ครบ ๑๐ วัน ให้คำแนะนำวางแผนการจำหน่ายโดยให้หลัก D-method ส่งต่อเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน (COC team) เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน.

กรณีที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๗๐ ปี U/D DM with HT ไม่ขาดยา มาด้วยอาการถ่ายเหลว ๑๐ ครั้ง อาเจียน ๑๐ ครั้ง หลังทานแกงส้ม ถ่ายเหลวเป็นน้ำมาก ไม่มีมูกเลือด ปวดบิดท้อง มีไข้สูง ทานไม่ได้ ทานแล้วอาเจียนตลอด เหนื่อยเพลียมาก Admit เวลา ๑๑.๐๐ น. ด้วย Dx AGE with Volume Depletion ให้ยาตามอาการ และ Antibiotic เป็น Ceftriazone ๒ gm v และ ให้ IV fluid เป็น NSS ๑๐๐๐ ml v ๑๐๐ ml/hr เจาะ Lab CBC: WBC ๑๘,๔๔๐ NEU = ๘๐ BN = ๕ ขณะ Admit ผู้ป่วยยังถ่ายเหลวตลอด เปลี่ยน pampers ๒ ผืนเต็มมีปัญหา BP drop at ๑๓.๓๐ น. V/S BT= ๓๘ RR = ๒๖/min PR = ๙๘/min BP ๘๓/๕๑ MAP = ๖๑ DTX ๑๐๐mg% เหนื่อยเพลียมาก แพทย์ให้ Load NSS total ๒๐๐ ml v จนครบและ On foley catheter observe Urine พบ BP ยัง drop at ๑๕.๔๕ น. จึงให้ on Levophed (๔:๑๐๐) v ๕ ml/hr titrate ขึ้นลงทีละ ๓ ml/hr ทุกๆ ๑๕ min on O๒ Canular ๓ lpm supportive ไว้ on NSS ๑๐๐๐ ml v ๑๐๐ ml/hr ไว้ Record I/O ในเวร I/O = ๓๐๐/๕๐๐ ml observe V/S stable BT = ๓๘ RR=๒๖/min PR= ๙๔/min BP= ๑๐๖/๖๔ MAP = ๗๓ Sat = ๙๘% DTX = ๑๔๐ mg% titrate Levophed (๔:๑๐๐) V ๑๔ ml / hr refer รพ.วาริน พร้อมบุตร เวลา ๑๗.๓๐ น. โรงพยาบาลนำส่ง ด้วย Dx AGE with septic shock .ให้ Antibiotic และ IV Fluid Admit ที่โรงพยาบาลวาริน ๖ วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้น รู้สึกตัวดี V/S ปกติ ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีปวดท้อง ทานได้มากขึ้น จำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลโทรถามอาการและติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ การปฏิบัติตัว และการมาตามนัด

สรุป

จากการศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย รายที่ ๑ เพศชาย ๒๗ ปี DX gastroenteritis with septic Shock มีโรคประจำตัว Thalassemia เป็นไข้ อุดจระเหลว ๕ วัน จึงมาโรงพยาบาล และซื้อยากินเองที่ร้านขายยาในหมู่บ้าน คิดว่าอาการจะดีขึ้น ผู้ป่วยรายนี้จะมีภาวะช็อก และมีระบบหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อหายใจ รายที่ ๒ เพศหญิงอายุ ๗๐ ปี Dx gastroenteritis with septic shock มีโรคประจำตัว เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรายนี้มารักษาเร็ว เจ็บป่วย ๕ ชั่วโมง รับมาทำการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จากการวิเคราะห์จะเห็นว่าผู้ป่วยรายที่ ๑ จะมีอาการหนักกว่าถึงแม้ว่าจะยังอายุไม่มาก เนื่องจากมาช้า(deleyed access) ส่วนรายที่ ๒ เป็นผู้สูงอายุเข้ารับการรักษารวดเร็ว (Early Access) ทั้ง ๒ ราย มีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงได้ เนื่องจากมีภาวะช็อค ทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อโรคต่ำ มีโรคประจำตัวเบาหวาน เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระดับภูมิคุ้มกันลดลงขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ได้นำแนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน (กอร์ดอน : ๑๙๙๔) ซึ่งเป็นการประเมินแบบแผนการดำรงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย อาจเป็นเหตุให้เสียชีวิตได้ เพื่อนำทฤษฎีมาใช้ให้มองเห็นปัญหาสำคัญ สามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพ นำกระบวนการพยาบาลทั้ง ๕ ข้อและ ๗ aspect of care มาประยุกต์ในการให้การพยาบาล นำ sepsis fast track มาเป็นแนวทางในการคัดกรองประเมิน SOS Score มาเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงได้ให้การรักษาตาม CPG sepsis ผู้ป่วยรายที่ ๒ ได้เพิ่มทฤษฎีผู้สูงอายุในด้านภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) คือ เมื่อเข้าสู่วัยชราอายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกันก็ลดลงเรื่อย ๆ ทั้ง ๒ ราย ได้ส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาล

แม่ข่ายวารินชำราบ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทีมพยาบาลมีระบบส่งต่อข้อมูลรพสต เพื่อประสานข้อมูลการเจ็บป่วยในการลงเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูง มีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกาย ในระยะแรกรับร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและให้รักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ตามมาตรฐานจะส่งผลให้ผู้ป่วยคืนสู่ภาวะปกติ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การคัดกรองด้วยเครื่องมือที่ได้มาตรฐานสากล นำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast track และการดูแลต่อเนื่องเฝ้าระวังอาการ พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านวิชาชีพสูง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสภาพ รายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

๕ ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

การดูแลผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ขณะนอนรักษาตัวที่งานผู้ป่วยใน กระบวนการดูแลรักษายึดตามระเบียบปฏิบัติ CPG Sepsis fast track รายที่ ๑ Admit ที่ตึกผู้ป่วยใน ๖ ชั่วโมง ไม่ดีขึ้น ได้ Refer ต่อโรงพยาบาลวารินชำราบ และได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ Admit ที่ รพ.วาริน ๑๐ วัน Refer back มาฉีดยาต่อให้ครบ ส่วนรายที่ ๒ Admit ที่ตึกผู้ป่วยใน ๕ ชั่วโมง อาการไม่ดีขึ้นได้ Refer ต่อ โรงพยาบาลวารินชำราบ และ Admit ที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ๕ วัน ได้จำหน่ายกลับบ้าน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญมาก ต้องมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพในการคัดกรองอย่างรวดเร็ว (Early detection) โดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน คือ qSOFA Score, SOS Score มีการดูแลต่อเนื่องโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลร่วมกับดูแลรักษาพยาบาล CPG Sepsis Fast track มีการเฝ้าระวังสัญญาณอันตราย (Early warning signs) เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิตได้ถูกต้องรวดเร็ว ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เฉพาะโรค มีระบบประสานการส่งต่อโดยพยาบาลส่งต่อที่มีสมรรถนะสูง ๒ คน เนื่องจากเป็นผู้ป่วยวิกฤตมีการประสานสอบถามอาการผู้ป่วย ความก้าวหน้าในการรักษา เพื่อจะได้วางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้อง ตามหลัก D-Method และประสานการเยี่ยมบ้านกับพยาบาลวิชาชีพใน รพสต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน มีความตระหนักรู้ และรอบรู้ภาวะสุขภาพ (health literacy) ในเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เข้าถึงระบบบริการได้เร็ว (Access) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ลดระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต ครอบครัว ชุมชนมีความพึงพอใจในระบบบริการของโรงพยาบาล

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ septic shock
๒. เพื่อเป็นแนวทางคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้าสู่ sepsis fast track

๓. เพื่อนำมาพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock
๔. เพื่อจัดเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้ พึงพอใจต่อการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกในการเฝ้าระวังผู้ป่วย
๕. การวางแผนการจำหน่ายให้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้
๖. พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย รพสต โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูง
๗. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ลงถึงระดับ primary care ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกัน สนับสนุน กระตุ้นการดูแลสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการเมื่อมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
๘. เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับ รพสต ในเครือข่าย วางระบบ การคัดกรอง การพยาบาลแรกรับ ระบบการส่งต่อในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
๙. นำแนวทางปฏิบัติ septic fast track สู่ รพสต

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต และเป็นโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาลทางด้านคลินิก เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตโรงพยาบาลสิรินธร เป็นโรงพยาบาล ๓๐ เตียง ไม่มีแพทย์อายุรกรรม ห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ๘๐ กิโลเมตร ดังนั้น แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลต้องยึดตามแนวทางแม่ข่ายที่วางไว้ และมาปรับให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล สมรรถนะเชิงวิชาชีพของพยาบาลในด้านการดูแลผู้ป่วย ยังไม่เฉพาะด้าน ดังนั้นการดูแลรักษา ยังยึดตามระเบียบปฏิบัติที่ทีมนำทางคลินิกและองค์กรพยาบาลวางแผนไว้อย่างเคร่งครัด โดยเน้นให้มีการ Early detection Early Resuscitation Early refer เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ความยุ่งยากด้านการวินิจฉัย การส่งต่อรวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐานเป็นหัวใจหลักสำคัญมาก พบว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนในการประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพราะยังไม่มีระบบ sepsis fast track ระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย เหมือน MI และ Stroke ทำให้เกิดการ delayed refer ทำให้ผู้ป่วยการทรุดลงขณะส่งต่อ

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน มีการบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุมในระหว่างที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และส่งข้อมูลอาการผู้ป่วยก่อนส่งเข้าไป Admit
๒. ทั้ง ๒ รายเป็นผู้ป่วย Unplanned refer และมาทรุดที่ตึกผู้ป่วยใน ทำให้รับแรงในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ขาดข้อมูลประวัติด้านครอบครัว สังคม และการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติไม่เพียงพอ ทำให้ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
๓. ระบบ Refer Link เรื่อง Refer back จากโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลชุมชน ไม่ Real Time ทำให้การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้ล่าช้า

๔. ข้อจำกัดไม่มีการตรวจค่า blood lactate ทำให้ไม่สามารถประเมินภาวะล้มเหลวของอวัยวะได้ (SOFA)

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. มีการทบทวนการนำแนวทางการปฏิบัติสู่หน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เช่น CPG Sepsis fast track ประเมิน SOS Score และกระบวนการพยาบาลการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีค่า SOS Score มากกว่าหรือเท่ากับ ๔ การนำ qSOFA Score มาใช้ประเมินอวัยวะล้มเหลวแบบเร็ว

๒. มีการนิเทศ ติดตาม ทำความเข้าใจในการเฝ้าระวัง การบันทึกในเรื่อง สัญญาณเตือนอันตรายในผู้ป่วย (Early warning signs)

๓. มีการทบทวนปรับปรุง CPG sepsis ให้ทันสมัย และพร้อมใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชน

๔. พัฒนาระบบการคัดกรองอย่างรวดเร็ว การประเมินโดยใช้เครื่องมือคัดกรองลงสู่พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และวางระบบส่งต่อจาก รพ.สต. สู่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

๕. ร่วมมือกับทีมชุมชน ส่งเสริมผู้ป่วยและชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย ต้องมีความรู้และเข้าถึงระบบบริการอย่างรวดเร็ว (Access)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานในโครงการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพพยาบาลยุค BANI”
รุ่นที่ ๒ ประเภท Oral presentation ในวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางอัญชลี โลแก้ว สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
- ๒)..... สัดส่วนของผลงาน
- ๓)..... สัดส่วนของผลงาน
- ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

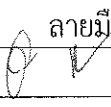
(นางอัญชลี โลแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 10 / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางอัญชลี โลแก้ว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(..พยานาถวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) 10 / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวรุฒม์ เกตุศิริ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) 10 / มกราคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชนสู่โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยเครือข่ายที่เข้มแข็งในอำเภอสิรินธร

๒.หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากผลของภาวะนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะล้มเหลวจนนำไปสู่การเสียชีวิต โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ๑ ใน ๕ ของอัตราการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก

ในประเทศไทยการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะวิกฤตที่พบได้บ่อยในห้องฉุกเฉินในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๐๓ ของอัตราการตายทั่วประเทศ (จากการศึกษาและการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลศรีนครินทร์(ปัญญานันทภิกขุ) เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีข้อจำกัดด้านการตรวจห้องปฏิบัติการเฉพาะ ไม่สามารถตรวจ blood lactate ได้ ดังนั้นสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็ก การดูแลกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเข้ามาทำการรักษาก่อนมีภาวะช็อก จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ทันและปลอดภัย จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลจะมีข้อจำกัด และบริบทคล้าย ๆ กัน ดังนั้น โรงพยาบาลสิรินธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ๓๐ เตียง มีข้อจำกัดด้านการตรวจหา blood lactate หัวใจสำคัญของการดูแลรักษา คือ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ และสามารถเข้าสู่ระบบการฉุกเฉินได้ไว ก่อนที่จะมีภาวะช็อก มีแนวทางคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว โดยใช้เครื่องมือที่มีคุณภาพ เพื่อให้เข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว หลังเกิดสัญญาณเตือนของโรค โดยพยาบาลวิชาชีพในระดับ รพสต. งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุต้องมีส่วนร่วมทางวิชาชีพสูงในด้านการดูแลผู้ป่วย Sepsis ซึ่งจะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐาน รวดเร็ว ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต

การขับเคลื่อนในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยความเข้มแข็งของเครือข่าย หมายถึงพยาบาลใน รพสต. พยาบาลในโรงพยาบาล อสม. ผู้นำชุมชน CG ส่งเสริมให้มีความรู้เพื่อนำไปสื่อสารกับประชาชนในชุมชนให้มีความตระหนักในการดูแลตนเอง และถ้ามีการเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องมีความรู้ และสามารถเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉินได้ทันเวลา

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรงพยาบาลสิรินธร เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ๓๐ เตียง อยู่ห่างจากโรงพยาบาลวารินชำราบ ๘๐ กิโลเมตร มี รพสต.ลูกข่ายจำนวน ๗ รพสต. ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis โดยการวางระบบแม่ข่ายร่วมกัน โดยกำหนด CPG sepsis แนวทางการส่งต่อ เกณฑ์การ

ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่า ทีมนำทางคลินิก ร่วมกับกลุ่มการพยาบาลได้จัดทำระเบียบปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบท และข้อจำกัดของโรงพยาบาล

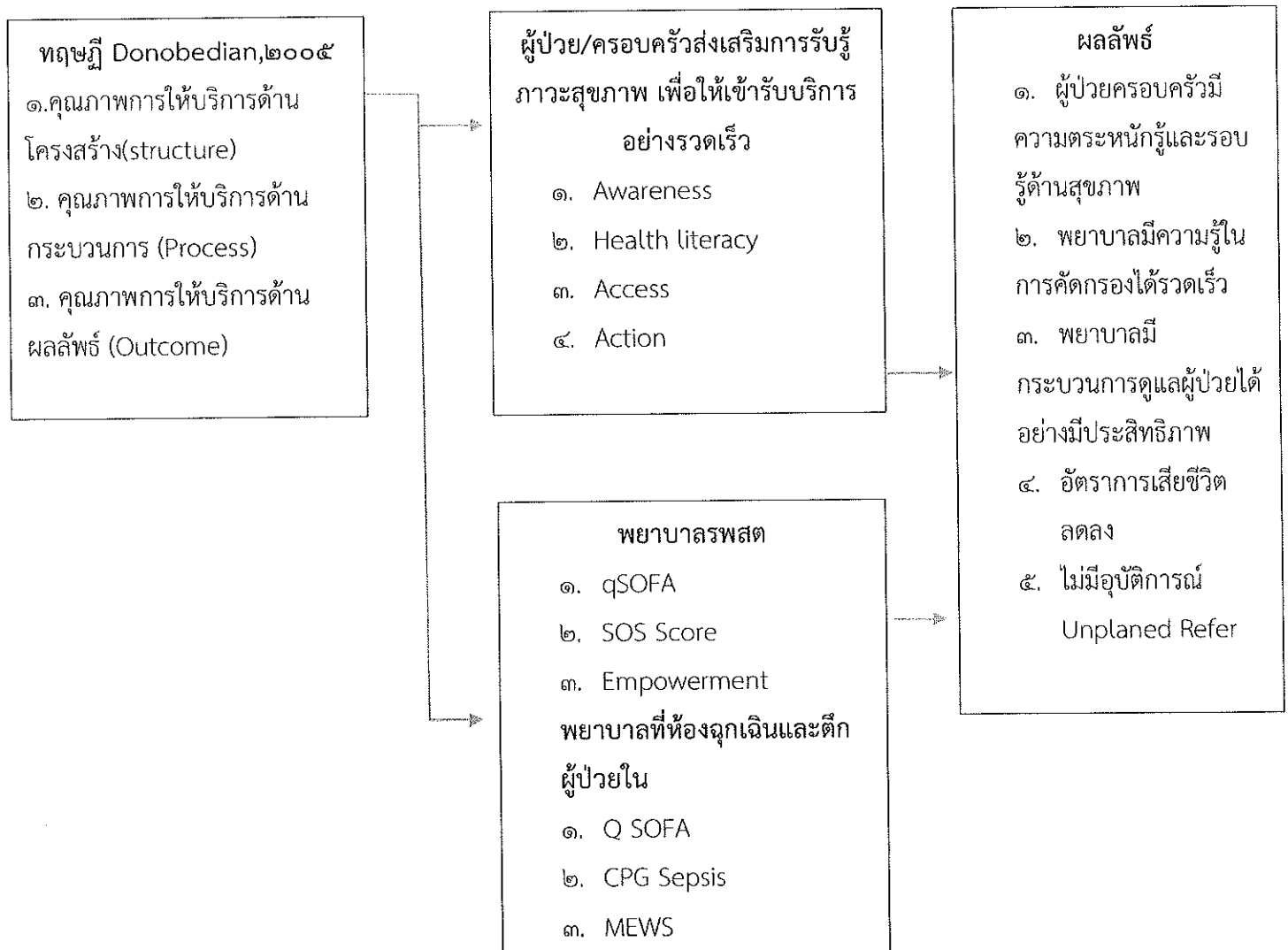
จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ โดยเลือก เวชระเบียนที่มี trigger เรื่อง septic shock sepsis ทรุดลง ภายใน ๒ ชั่วโมงหลัง Admit Sepsis shock ในตึกผู้ป่วยใน Septic shock ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และผู้ป่วย septic shock เสียชีวิตในโรงพยาบาลสิรินธร ผู้ป่วย Refer ไปแล้ว เสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า จากการทบทวนในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบผู้ป่วย septic shock จำนวน ๖๒ ราย อัตราการทรุดลงภายใน ๒ ชม. หลัง admit จำนวน ๑๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒ จำนวนผู้ป่วยคัดกรองโดยใช้ qSOFA Score fast track เข้าห้องฉุกเฉินมีภาวะ Septic shock และส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย มีจำนวน ๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ และได้นำแต่ละ case มาทบทวนทำ Root cause analysis พบสาเหตุหลัก ดังต่อไปนี้

คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย คือเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจคือการเข้าถึงระบบบริการช้า (delayed Access) บางครั้งซื้อยามารับประทานเอง มีไข้สูง อาการทรุดจึงมาโรงพยาบาล

ปัจจัยด้านบุคลากร ขาดความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่มีความเข้าใจในการใช้เครื่องในการคัดกรอง การประเมินภาวะอวัยวะล้มเหลว ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย (Early detection) ทั้งในระดับ รพสต และระดับโรงพยาบาล เมื่อคัดกรองล่าช้าทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตาม CPG sepsis ทำให้ทรุดลงไม่มีความปลอดภัย

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้ศึกษาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Donabedian , ๒๐๐๕ มาเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สัญญาณเตือนของโรคเพื่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันเวลาก่อนเกิดภาวะช็อก ร่วมกับใช้ความเข้มแข็งของเครือข่าย อสม. อบต. ชุมชน เจ้าหน้าที่ รพสต โดยผ่านกระบวนการ Awareness, health literacy Access Action

กรอบแนวความคิดในการศึกษา



มีกระบวนการปรับปรุงและพัฒนาระบบตามกรอบแนวคิด ดังนี้

โดยเริ่มต้นจากการนำเสนอรูปแบบกรอบแนวคิดการพัฒนาต่อผู้บังคับบัญชา แพทย์ประธานทีมนำ
ด้านคลินิก หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาโดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพยาบาล
เครือข่าย รพสตเพื่อนำสู่การพัฒนาระบบ

๑.ด้านผู้ป่วย เพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรค มีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อใน
กระแสเลือดที่มีความเสี่ยงและเป็นอันตราย (Awareness) โดยผ่านเครือข่าย อสม. Care giver ประจำ
หมู่บ้าน ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉิน (Access) โดยการลดปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความล่าช้า จัดทำ

คู่มือความรู้ สัญญาณเตือนของโรค เช่น ไข้ ชีพ หายใจเหนื่อย อ่อนเพลีย หรือมีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกาย
จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ให้กับผู้นำชุมชน อสม. Care giver ในเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

๒.ด้านพยาบาลเวชปฏิบัติใน รพสต มีการฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วย sepsis ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ
สต มีการฟื้นฟูทุก ๑ ปี มีการส่งเสริมการใช้เครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วใน รพสต มายังโรงพยาบาล มีการ
ประสานส่งข้อมูลกลับสู่ รพสต เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริม empowerment ครอบครัว ชุมชน ให้ตระหนัก
และเห็นความสำคัญจากโรค การรับรู้สัญญาณเตือน และการเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉินได้ทันที

๓. ด้านพยาบาลในโรงพยาบาลที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก และงานผู้ป่วยใน มีการฟื้นฟู
ความรู้เรื่องโรค พยาธิสภาพ การดูแลรักษาตาม CPG sepsis การใช้เครื่องมือ sepsis fast track ในการค้นหา
ประเมินอาการผู้ป่วย เช่น qSOFA Score, SOS Score , Early warning signs SIRS criteria เข้าร่วมอบรม
เชิงปฏิบัติการ วางระบบการดูแล และการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

ข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไขร่วมกัน

๑. ในด้านผู้ป่วยและชุมชนในเรื่องการตระหนักรู้และการรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องใช้เวลาในการ
เปลี่ยนแปลงแนวคิดและพฤติกรรมเดิม ดังนั้นการที่จะทำให้ประสบความสำเร็จต้องส่งเสริมผ่านแกนนำด้าน
สุขภาพในชุมชน เช่น อสม. CG ในหมู่บ้าน จึงจำเป็นต้องส่งเสริม สนับสนุนจัดทำคู่มือ แผนการสอนให้กับแกน
นำในชุมชน

๒. ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Refer link จาก รพสตสู่โรงพยาบาลและจากโรงพยาบาล
ชุมชน สู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ไม่เป็น Real time ทำให้การเตรียมตัว ความพร้อมในการรองรับ
ภาวะฉุกเฉินและส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยมีความรู้ และรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความเข้าใจสัญญาณเตือนโรคและเข้าถึงระบบบริการ
ฉุกเฉินได้เร็วทันเวลา เพื่อลดอัตราการตาย และความพิการ

๒. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระบบบริการ คัดกรอง ประเมิน เข้าสู่ระบบ sepsis fast track และมีการ
ติดตามเยี่ยมบ้าน empowerment ในชุมชน

๓. ด้านปฏิบัติการพยาบาล มีความรู้ในการคัดกรอง และประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือการดักจับได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. มีระบบ Refer link ทั้ง Refer out และ Refer back ที่ Real time เพื่อจะได้นำข้อมูลมาวางแผน
แผนการรักษา ประสานการติดตามเยี่ยมบ้าน

๕. มีการติดตาม นิเทศ แนวทางปฏิบัติทุก ๖ เดือน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉินได้ทันเวลา > ๘๐%
๒. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการให้บริการที่ รพสต > ๘๐%
๓. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบการให้บริการในโรงพยาบาล > ๘๐%
๔. อัตราการส่งต่อผู้ป่วย sepsis โดยไม่คาดคิด (unplanned refer) < ๕%
๕. ร้อยละการปฏิบัติตามแนวทาง sepsis fast track > ๘๐ %
๖. ร้อยละผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้าน > ๗๐%
๗. อุบัติการณ์ทรุดลงขณะส่งต่อเป็น ๐ ราย

(ลงชื่อ)

(นางอัญชลี โลแก้ว)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 10 / มีนาคม / ๒๕๖7

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

กิจกรรม	มิ.ย.๖๖	ก.ค.๖๖	ส.ค.๖๖	ก.ย.๖๖	ต.ค.๖๖	พ.ย.๖๖
๑. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย	/					
๒. เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยเพื่อศึกษา		/	/	/		
๓. ขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการรพ. เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย		/				
๔. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง	/	/	/	/		
๕. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาล			/	/		
๖. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอน ของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่ เกี่ยวข้อง			/	/		
๗. สรุปผลการศึกษา				/	/	
๘. เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำ เป็นรูปเล่ม					/	
๙. เผยแพร่ผลงาน						/

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง หรือบางที่เรียกว่า heart attack โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มาเลี้ยงหัวใจตีบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งเกิดจากหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะ เสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (atherosclerosis) แล้วเกิดมีการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านใน ของผนังหลอดเลือดส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (plaque rupture, disruption) เกิด raw surface ที่ผนังด้านในของหลอดเลือด เกล็ดเลือดจะเกาะกลุ่มกัน (platelet aggregation) อย่างรวดเร็ว ตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด หลังจากนั้นจะมีการกระตุ้น ให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว และลิ่มเลือดอุดตัน โดยสมบูรณ์ (Complete occlusion)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ของคนไทย ถือเป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที และมีประสิทธิภาพ หากผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วภายใน ๙๐ นาทีหลังจากมีอาการจะลดอัตราการเสียชีวิตลงได้มากถึง ๗ เท่า ภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง นี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ หรือผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ ขึ้นไป รวมทั้ง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มเหล่านี้ยังมีโอกาสพบ ภาวะหัวใจล้มเหลวและทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้สูง

หลักการดูแลรักษาที่สำคัญในผู้ป่วยภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง คือการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion) ในระยะเวลา ที่เหมาะสมหลังมีอาการด้วยการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic agents) หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน ในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีความพร้อม ซึ่งมีทั้งการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน ชนิดฉุกเฉิน (Primary Percutaneous Coronary Intervention : PPCI) ต้องรีบทำทันที ภายใน ๑๒ ชั่วโมง และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน ชนิดช่วยชีวิต (Rescue Percutaneous Coronary Intervention : Rescue PCI) เป็นการทำให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ยังไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ (non-reperfusion) แต่อย่างไรก็ตาม การรักษาดังกล่าวในผู้สูงอายุล้วนมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ทางหัวใจ (Major Adverse Cardiovascular Event : MACEs) ได้ง่าย เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูง ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

จากสถานการณ์ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี และความเสี่ยงของพฤติกรรม สุขภาพที่ทำให้พบโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง เพิ่มขึ้นด้วย และที่สำคัญ โรคดังกล่าวมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงไปด้วย ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบบริการสุขภาพต้องเตรียมความพร้อมในการจัดบริการ แบบบูรณาการ ทั้งการจัดการกลุ่มเสี่ยง การดูแล นำส่งและรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) หมายถึง กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดจากการปริแตกของก้อนไขมัน (plaque rupture) และเกิดการอุดตันของลิ่มเลือดในเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงหัวใจ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ แบ่งเป็น ๒ ชนิด

๑.ST elevation myocardial infraction (STEMI) เป็นภาวะหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่คลื่นเอสทียกสูง โดยวินิจฉัยจาก คลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย ๒ leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด New Left Bundle Branch Block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือด หัวใจเฉียบพลัน ถ้าไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการรักษาโดย เร็วเพื่อแก้ไขภาวะหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันโดย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

การเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion) ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) หรือ การเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)

๒.เป็น ACS ที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่มี ST segment ยกขึ้น แต่มีการเปลี่ยนแปลง ของคลื่นเอสที (dynamic ST-T change) จากภาวะหัวใจขาดเลือดที่มี NSTEMI ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บปльเช่นเดียวกับ STEMI แต่ ความรุนแรงน้อยกว่า แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่าผู้ป่วย NSTEMI มีอัตราการเสียชีวิตใกล้เคียงกับ STEMI มีอุบัติการณ์เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดซ้ำ (reinfarction) สูงใกล้เคียงกับ STEMI ผู้ป่วย NSTEMI จึงควรได้รับการฉีดสตีสวนหัวใจเพื่อประเมินสภาพ และขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง “กรณีศึกษาฉบับนี้จะกล่าวถึงการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง เป็นหลัก”

ความเสี่ยงหรือสาเหตุของการเป็นภาวะหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง
ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดภาวะนี้ ได้แก่

- โรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ ขึ้นไป
- ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ความดันโลหิตสูง
- ไขมันในเลือดสูง
- ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (กรรมพันธุ์)
- ผู้ชายอายุ > ๔๕ ปี หญิงอายุ ๕๕ ปี
- พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ • สูบบุหรี่
- จากการออกกำลังกาย
- ความเครียด
- รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โคเลสเตอรอลสูง หรือไขมันชนิดร้าย (LDL-C) หรืออาหารที่มีรสหวาน
- ปัจจัยอื่นๆ เช่น Inflammation, Infection, Homocysteine, Hemostatic factors, Obesity, Sedentary lifestyle

ปัจจัยหลัก ๓ อย่างที่มีความสำคัญ คือ โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ และโรคไขมันในเลือดสูง โดยเบาหวาน จะเป็นปัจจัยที่ใช้คาดการณ์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกับอาการ แน่นหน้าอกได้ดีที่สุด

อาการหรือสัญญาณเตือน “ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง”

- เจ็บหน้าอกคล้ายของหนักทับ หรือเจ็บใต้กระดูกสันอก เจ็บกดทับไปข้างหลัง
- เจ็บนาน ๑๕-๒๐ นาที
- อาจมีการเจ็บร้าวไปตามต้นคอ กรามหรือจากรรไกร ไหล่ หรือแขนด้านซ้าย
- บางรายอาจมีอาการเหงื่อแตก ตัวเย็น ใจสั่น หน้ามืดหรือเป็นลมหมดสติได้
- บางรายอาจมีอาการหลังรับประทานอาหาร หรือเจ็บขณะออกกำลังกายหรือถ้ามีอาการมากอาจเจ็บขณะนอนพักได้ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Atypical symptoms) โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่เป็น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

โรคเบาหวาน หรือผู้หญิงอาจมาด้วยอาการเหนื่อย หายใจหอบ หรืออาการ ของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ บางรายอาจมีอาการจุกเสียดท้อง ลิ้นปี่ หรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียกสูง ที่มีการตายของหัวใจ บริเวณด้านล่าง (Inferior wall) หรือบางรายอาจมีอาการปวดสะบัก ไหล่ ปวดกราม ซึ่งทำให้ ผู้ป่วยอาจจะไม่คิดว่าเป็นอาการของโรคหัวใจทำให้มาโรงพยาบาลล่าช้าได้ ทำให้อัตรา การเสียชีวิตสูงขึ้น

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโรค (WHO๒๐๐๐)ต้องประกอบด้วยอย่างน้อย ๒ ใน ๓ อย่างดังนี้

๑. ประวัติอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือไม่สุขสบายในทรวงอกที่จำเพาะ(typical angina) คือมีอาการแน่น อึดอัดเหมือนถูกกดทับภายในทรวงอกจนรู้สึกหายใจไม่สะดวก โดยมีอาการนานกว่า ๒๐ นาที อาจมี อาการร่วมเช่น เหงื่อแตกตัว ตัว เหนื่อยมาก คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
๒. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST elevation > ๑ mm ใน limb leads หรือ > ๒ mV ใน chest leads หรือมี New LBBB เกิดขึ้นใหม่
๓. ระดับเอนไซม์ของหัวใจสูงขึ้นอย่างรวดเร็วได้แก่ troponin -T, I หรือ creatinine kinase MB isoenzyme (CK-MB)

การรักษา เป้าหมายการรักษา คือ การจำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดเฉียบพลันไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อ หัวใจตายขยายเป็นวงกว้างและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การรักษาโดยทั่วไปมีดังนี้

๑. การรักษาเบื้องต้น ประกอบด้วย การให้ยาต้านเกล็ดเลือด การให้ออกซิเจน การให้ยา NTG ลดอาการเจ็บ หน้าอก โดยให้ยาแก้ปวด Morphine การให้ยา Beta-blocker
๒. การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษามุ่งที่การละลายลิ่มเลือดที่อุดตันออก โดยพิจารณาการ รักษา ๒ วิธีได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด และการถ่างขยายหลอดเลือดฉุกเฉิน (Primary percutaneous coronary intervention : PCI)
๓. การรักษาด้วย การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ
๔. การรักษาด้วยยาต่างๆ ภาวะแทรกซ้อน ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ใน" ผู้ป่วยกลุ่ม กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีดังนี้ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจห้องล่าง แตก ภาวะหัวใจล้มเหลวและปอดบวม น้ำ ผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง มีรูทะลุระหว่างห้อง หัวใจลิ้นหัวใจ ไม่ตรัสรู้ กลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือมีภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบร่วม ด้วย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ในกรณีศึกษาได้มีการนำเสนอโดยแบ่ง กระบวนการดูแลและเป็น ๔ ช่วงได้แก่

๑.การดูแลก่อนไปถึงโรงพยาบาล(pre-hospital care) เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างศูนย์สั่งการ การแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร และหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ ที่ได้วางระบบไว้ร่วมกัน แนวทางปฏิบัติการแพทย์ ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วย ที่มีอาการสงสัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง มีอาการตามเกณฑ์แจ้ง ๑๖๖๙ อาการในผู้ป่วยที่สงสัยเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง แน่นอึดอัดเหมือนมีของ หนักๆ กดทับในทรวงอกร่วมกับมีอาการหายใจไม่อิ่ม เหงื่อท่วมตัว คลื่นไส้ อาเจียน ซีด=> แจ้ง FR ออกเหตุ หน่วย ALSออกเหตุร่วม =>แจ้งประสานมาที่โรงพยาบาลสิรินธร เพื่อเตรียมพร้อมเข้า STEMI FAST TRACK

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๒.การดูแลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล(in-hospital care) โดยการพัฒนากระบวนการ Triage ใช้ MOPH ED Triage(Emergency Severity Index (ESI)) พัฒนาช่องทางด่วนในการดูแลรักษาที่รวดเร็วโดยการเปิด หลอดเลือดหัวใจที่รวดเร็วทั้งการให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง ที่มีความพร้อมและการพัฒนาระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่ออย่างไร้รอยต่อ ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

ผู้ป่วยทุกรายต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ระยะแรกควรเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกและ ECG อย่างใกล้ชิด ในกรณีที่การวินิจฉัยยังไม่ชัดเจนควรสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน

หลักการสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูงในระบบบริการสุขภาพเน้นการดูแลที่รวดเร็วโดยผ่านระบบช่องทางด่วน (fast track) ของ เครือข่าย STEMI เขตสุขภาพที่ ๑๐ (FLOW STEMI เขต ๑๐) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ดังนั้น ต้องใช้ความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกระดับมาจัดการร่วมกัน โดยทีมสถานบริการสุขภาพ เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว มีการบริหารจัดการในการรับและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ มีการเฝ้าระวังและประเมิน อาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ต้องได้รับการดูแล รักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วทั้งการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดการเฝ้าระวังติดตามป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๓.การดูแลระหว่างการส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น(interfacility transfer care)

๓.๑ การประสานส่งต่อ พยาบาลวิชาชีพประสานศูนย์ประสาน ประสาน CCU แพทย์ประสานอายุรแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ ก่อนส่งต่อ

๓.๒ ส่งข้อมูลผ่านระบบ SMART REFER

๓.๓ พยาบาลส่งต่อเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง มีการประสานส่งต่อกับศูนย์ประสานระหว่างนำส่ง และส่งข้อมูลที่เป็นปัจจุบันผ่านระบบ telemedicine ที่ติดตั้งบนรถส่งต่อผู้ป่วย

๔.การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล (POST-HOSPITAL CARE)ให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ

เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำอีก ผู้ป่วยทุกราย ต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายทั้งด้านร่างกาย จิตใจเพื่อให้สามารถกลับมา ใช้ชีวิตประจำวันได้โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ หลักการสำคัญ คือ การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระดับไขมัน LDL-C และ การให้ยาที่มีการศึกษาว่าช่วยในการลดอัตราการตายในระยะยาว ตามแนวทางการรักษาในปัจจุบัน

การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง ที่รับรักษาในโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์

๑. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง ตามเกณฑ์ต้องได้รับการวางแผนจำหน่าย (การจัดการรายกรณี) พยาบาลปฏิบัติงานที่หอบผู้ป่วย โทรประสานคลินิกการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง (COC.)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๔.การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล (POST-HOSPITAL CARE)(ต่อ)

๒. พยาบาลติดตามเยี่ยมประเมิน ตาม CGA ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมดูแล จัดทำ Care plan นำเข้าข้อมูล/ผลการคัดกรอง/รายงานการ นำเนื้องาน แบบฟอร์มการส่งต่อ/การเยี่ยมบ้าน ตามระบบ LTC

๓. RN ward / RN ส่งข้อมูลผ่าน Smart refer

๔. ติดตามผู้ป่วย, F/U OPD, โรคหัวใจ, อายุรกรรม

ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

กรอบแนวคิดในการประเมิน (Assessment Framework) ของ FANCAS

ให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินประกอบด้วย ๔ ระยะ ๑.) Prearrival การได้รับข้อมูลผู้ป่วยก่อนที่จะได้พบผู้ป่วย ๒.) Admission Quick Check ประเมินทันทีที่รับผู้ป่วย ใช้หลัก ABCDE ๓.) Comprehensive Admission Assessment ประเมินให้เร็วที่สุดจากประวัติ การตรวจร่างกาย ส่งผลไปสู่ความสำเร็จในการให้การพยาบาล ๔.) Ongoing Assessment การประเมินต่อเนื่อง โดยใช้ความถี่ในการประเมิน Admission Quick Check assessment

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล โดยทฤษฎีการดูแลตนเองกล่าวถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สำหรับทฤษฎีระบบการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น ๓ ระบบ คือ

๑) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) พยาบาลจะเป็นผู้กระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด

๒) ระบบทดแทนบางส่วน (Partial compensatory nursing system) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

๓) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Support-educative system) พยาบาลจะมีบทบาทในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

ซึ่งการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลนั้นพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง เป็นภาวะที่ (๑) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น ๒ ชนิด โดยแยกจาก ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือ ECG (Electro cardiography) เป็นแบบ เอสทียกสูง ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ ๑๐๐ และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI) และ Unstable angina ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอก หรือหน้ามิดเป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิตของโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ ๕-๑๐ โดยจากการรายงานสถิติของ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ความเป็นมา (ต่อ)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี ค.ศ.๒๐๒๐ พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ ๑๗.๙ ล้านคน อีกทั้งข้อมูลจากกรมการแพทย์ ปี ๒๕๖๒ พบว่า ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง ๖,๙๐๖ ล้านบาทต่อปี (๒) วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตัน หายอุดตันโดยเร็วที่สุด โดยบริบทของโรงพยาบาลสิรินธร การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นการรักษาที่สามารถทำได้และ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ Service plan เขตสุขภาพที่ ๑๐ สาขาโรคหัวใจโดยมีเป้าหมายลดอัตราการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (STEMI Fast Track) ไปยังศูนย์เฉพาะทางหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการวินิจฉัย (Door to needle time) ภายใน ๓๐ นาที ถ้ามีข้อบ่งชี้ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยของจังหวัดที่จัดทำขึ้น จากสถิติของผู้รับบริการของห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า มีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับการรักษา ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑,๑๐ และ ๑๓ ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีแผนการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางหัวใจมีข้อบ่งชี้และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดตามแพทย์เฉพาะทางจำนวน ๗ ราย, ๕ ราย และ ๗ ราย ตามลำดับ ซึ่งสามารถให้ยาได้ทันตามเวลาตามข้อบ่งชี้ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐, ๑๐๐, ๑๐๐ และ ๑๐๐ และได้รับการส่งต่อในระบบทางด่วนพิเศษ (STEMI Fast track) ไปที่ศูนย์เฉพาะทางหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน ๑๑ ราย, ๑๐ ราย และ ๑๑ ราย พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญเป็นหนึ่งทีม สุขภาพในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่การออกรับ ณ จุดเกิดเหตุ(หรือรับจากการส่งต่อ) การคัดกรอง การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อและการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายและการคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องฟื้นฟูและวางแผนงานโครงการในการป้องกันโรค

ดังนั้นการจัดทำกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย เป้าหมายเพื่อ พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกายภาพศาสตร์สรีระวิทยาของ หัวใจ พยาธิกำเนิดของโรค การวินิจฉัย อาการและ อาการแสดง ตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้ การประเมินคัดกรอง อย่างถูกต้องรวดเร็ว ตั้งแต่ การออกรับ EMS การคัดกรอง การประเมินแกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดูแลให้ได้รับการวินิจฉัย การรักษา การบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังอาการภาวะแทรกซ้อน การนำส่ง การวางแผนจำหน่ายและการร่วมมือเชื่อมประสานกับชุมชนในบริบทของการป้องกันและฟื้นฟู ส่งผลต่อความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง ได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและไม่เสียชีวิต

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน ๒ ราย ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสิรินธร โดยการ ออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Triage) ตัดสินใจให้การพยาบาล ใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ การช่วยเหลือเร่งด่วน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจคุกคามถึงชีวิต รวมถึงการดูแลระหว่างส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๖. ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๖

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๑. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ย้อนหลัง ๓ ปี
๒. เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง จำนวน ๒ ราย เนื่องจาก ๒ รายนี้มีความแตกต่างกันของเพศ อาการ โรคประจำตัว การเข้าถึงบริการเพราะเป็นผู้ป่วยในประเทศและต่างประเทศ เพราะอำเภอสิรินครเป็นอำเภอชายแดน
๓. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย
๔. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง กระบวนการพยาบาล จากเอกสาร ตำราวิชาการงานวิจัยต่างๆ
๕. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
 - ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
 - วินิจฉัยการพยาบาล
 - วางแผนการพยาบาล
 - ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน
 - ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง
๖. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง
๗. สรุปผลการศึกษา
๘. เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม
๙. เผยแพร่ผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง ๒ กรณีและทราบประเด็นปัญหาที่เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ในบริบทของโรงพยาบาลสิรินธร
๒. สามารถนำความรู้จากการศึกษาไปวางแผนแนวทางการจัดการพยาบาล, การนิเทศทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร ได้ตามตัวชี้วัดที่ตั้งไว้

สาระสำคัญ

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยหญิง ชาวไทย อายุ ๗๓ ปี วันที่ ๑๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๕ น. ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสิรินธรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยอาการ เจ็บแน่นหน้าอก เป็นมา ๓๐ นาที (Onset ๑๐.๐๕ นาฬิกา วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖) ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บตรงกลาง คล้ายของหนึกมาทับ ปวดร้าวลงแขนข้างขวา ไม่มีเหงื่อแตกตัวเย็น มีอาการขณะกำลังยืนซื้อของข้างรถตลาด (รถพุ่มพวง) ระดับความปวด (Pain score) ๗/๑๐ คะแนน จึงนั่งพักครู่หนึ่งประมาณ ๕ นาทีไม่ดีขึ้นจึงบอกลูกโทรเรียกรถโรงพยาบาล(โทร ๑๖๖๙) หน่วย ALS. โรงพยาบาลออกรับ ประเมินอาการบนรถ monitor พบ ST ยกที่ LEAD II จึงแจ้งมาที่หัวหน้าเวรห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเข้าสู่ช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง (STEMI Fast Track) มาถึงโรงพยาบาลรู้สึกตัว รู้เรื่องดี หายใจสม่ำเสมอมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกระดับความปวด(Pain score) ๗/๑๐ คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๔ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๘/๗๔ มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๖ เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก๔๒กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๐ เซนติเมตร BMI ๑๘.๖ kg/m^๒ โรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเสื่อม(CKD State ๒) โรคเกาต์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST Elevation II, III,AVF ทำ V๓R,V๔R พบ ST Elevation V๓,V๔ แพทย์วินิจฉัยโรคเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง (Inferior wall ST Elevation Myocardial Infarction , Right Ventricular (RV) Infarction) เข้าสู่ระบบ Fast track ปรึกษาแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทางไลน์ และการโทรศัพท์บอกประวัติและอาการ วางแผนทำการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นโดยการให้ยา ASA ๓๐๐ mg เคี้ยวแล้วกลืน Clopidogrel ๔ tab รับประทานทางปาก , Morphine ๔ mg iv. Stat เปิดเส้นเลือดเพื่อเตรียมให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ Troponin T, CBC, BUN , Creatinine, เตรียมและดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิด Streptokinase เฝ้าระวังสังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด ทุก ๕ นาที ขณะให้ยาหลังให้ยาในนาทีที่ ๑๕ ผู้ป่วย มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด มี สัญญาณชีพชีพผิดปกติ มีภาวะความดันโลหิตต่ำ ๗๔/๔๕ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๑๐๒ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๔ เปอร์เซ็นต์ พยาบาลได้รายงานแพทย์และแพทย์ได้ปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และได้ให้ Load ๐.๙% NSS ๕๐๐ ml. และให้ยา Levophed (๔:๑๐๐) IV. Drip in ๕%DW ๑๐๐ cc. Rate ๑๐ cc./hr. ติดตามประเมินอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพทุก ๕ นาที ผ่านไป ๓๐ นาที สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๖/๖๖ มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนปลายนิ้ว ๙๖ เปอร์เซ็นต์ เวลา ๑๒.๐๕ สัญญาณชีพปกติส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑ (ต่อ)

และประสานส่งต่ออาการ ตามทีมเจ้าหน้าที่พยาบาลส่งต่อด้วยรถพยาบาล Mobile ICU รวมระยะเวลาการดูแล ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที

การนำส่งผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์สูง ๒ คน โดย Ambulance(ALS) With Telemedicine เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพและยาช่วยชีวิต ขณะนำส่งดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที และรายงานไปยังศูนย์วิกฤตทางไกล (ICU HUB) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ระดับความเจ็บปวดลดลง เหลือ ๓ คะแนน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐-๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐-๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๖๐-๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท เมื่อถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(CCU) รายงานอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง

การติดตามเยี่ยมอาการการรักษาที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ผู้ป่วยได้มีการทำ PCI at RCA (Right Radial Artery) อาการดีขึ้นตามลำดับ ในการดูแลผู้ป่วยพบวินิจฉัยทางการแพทย์ทางพยาบาล ดังตาราง ที่ ๑

กรณีศึกษาที่ ๒

วันที่ ๒ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๑๕.๐๐ น. ผู้ป่วยชายชาวลาว(อาศัยอยู่ที่ประเทศลาวในตัวเมืองปากเซ) อายุ ๖๒ ปี น้ำหนัก ๖๓ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร มาโรงพยาบาลสิรินธร ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยอาการ ๖ ชั่วโมง (Onset ๐๘.๐๐ นาฬิกา วันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๖๖) ๖ ชั่วโมงก่อนมา มีอาการแน่นหน้าอกข้างซ้าย เหมือนมีสิ่งของหนักทับและร้าวไปที่แขนสองข้างและที่คอ เหงื่อออกตัวเย็น แน่นตลอดเวลา บิบนวด นอนพัก ๒๐ นาที อาการไม่ดีขึ้น จึงไปรักษาที่ โรงหมอแขวงจำปาสัก หมอบอกเป็นโรคหัวใจ ญาติจึงขอมารักษาที่ประเทศไทย แพทย์ที่โรงพยาบาลแขวงจำปาสักได้แจ้งผ่านกลุ่ม line ส่งต่อผู้ป่วยลาวเพื่อขอส่งตัวผู้ป่วย แพทย์ตรวจคนเข้าเมืองที่ด่านช่องเม็กได้รับทราบประสานส่งข้อมูลมาที่โรงพยาบาลสิรินธร เมื่อทราบข้อมูลแจ้งกลับไปเพื่อสอบถามอาการและการรักษา ทราบว่าเดินทางออกมาแล้ว จึงแจ้งประสานด่านและส่งทีม ALS ออกรับ แกรับประเมินที่ด่านควบคุมโรคพรมแดนถาวรช่องเม็ก-วังเต่า(รอทำเอกสารผ่านแดน ๑๐ นาที) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการแน่นหน้าอกด้านซ้าย แน่นเหมือนมีของหนักทับ ร้าวมาที่แขนทั้งสองข้าง มีเหงื่อแตกตัวเย็น นอนราบได้ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับความเจ็บปวด (pain score) ๕ คะแนน Monitor EKG พบ ST Elevation V๒ V๓ V๔ V๕ แจ้งหัวหน้าเวรห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสิรินธร เพื่อเข้าระบบ STEMI Fast Track (ออกจากด่าน ๑๔.๓๐ น.) แกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการแน่นหน้าอกด้านซ้าย แน่นเหมือนมีของหนักทับ ร้าวมาที่แขนทั้งสองข้าง มีเหงื่อแตกตัวเย็น นอนราบได้ สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๘๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ระดับความเจ็บปวด (pain score) ๕ คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST elevate at lead V๒-V๕และตรวจพบค่าเอนไซม์การ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๒ (ต่อ)

ทำงานของหัวใจ TROP-T POSITIVE >๒,๐๐๐ แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Anterior wall ST Elevation Myocardial Infarction) แพทย์พิจารณาให้สารน้ำ ๐.๙% NSS IV. ๑๐๐๐ cc. Drip ๑๒๐ cc./hr. แพทย์สั่งการรักษาให้ยา Morphine ๓ mg iv. Stat แอสไพริน(Aspirin) ๓๐๐ mg. ๑ เม็ด เคี้ยว ก่อนกลืน พลาวิค(Plavix) ๗๕ mg. ๔ เม็ด โทพรประสานแพทย์หอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(CCU) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ๑,๕๐๐,๐๐๐ ยูนิต เจือจาง ใน สารละลาย

NSS ๑๐๐ ml ให้ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล ๑๑๐ มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผ่านเครื่อง Infusion Pump ติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการแทรกซ้อนจากการให้ยา วัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที มีพบอาการแทรกซ้อนจากการให้ยา หลังให้ยาผู้ป่วยยังมีการเจ็บแน่นหน้าอก ระดับความเจ็บปวด ๓ คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ ยังพบลักษณะคลื่น ST elevate at lead V๒-V๕ เหมือนเดิม ประสานหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(CCU) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ครั้งที่ ๒ แพทย์ CCU พิจารณาให้นำส่งผู้ป่วย ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รวมระยะเวลาการดูแลที่โรงพยาบาลสิรินธร ๒ ชั่วโมง ๑๐ นาที

สรุปอาการผู้ป่วย:ระยะต่อเนื่องขณะนำส่ง

นำส่งผู้ป่วยโดยรถโดย Ambulance(ALS) With Telemedicine มีเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้มีประสบการณ์สูงนำส่ง ๒ คน เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพและยาช่วยชีวิต ขณะนำส่งดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที และรายงานไปยังศูนย์วิกฤตทางไกล (ICU HUB) โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ระดับความเจ็บปวดลดลง เหลือ ๓ คะแนน สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ ๗๐-๙๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐-๒๔ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๗๐- ๑๖๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท เมื่อถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ นำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด(CCU) รายงานอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในหอผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง

ติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน(STEMI Anterior wall) ผล CAG พบ การตีบของเส้นเลือด LAD ซึ่งเส้นเลือดนี้จะเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้า ด้านข้างและผนังกันหัวใจ ได้รับการทำ S/P PCI with DES at proximal to distal LAD Plan DAPT for ๑๒ month then ASA lifelong Plan PCI เส้นเลือด LCX and proximal LAD to LM แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๖ มีนัดติดตามอาการเพื่อทำ PCI วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ในการดูแลผู้ป่วยพบวินิจัยทางการแพทย์พยาบาล ดังตาราง ที่ ๑

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ตารางที่ ๑ ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑.เสี่ยงต่อปริมาตรที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	๑.เสี่ยงต่อปริมาตรที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
๒.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด	๒.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด
๓.ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	๓.ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
๔.เสี่ยงต่ออาการทรุดลงระหว่างส่งต่อเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	๔.เสี่ยงต่ออาการทรุดลงระหว่างส่งต่อเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
๕.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต	๕.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
๑.เสี่ยงต่อปริมาตรที่หัวใจส่งออก ต่อมาที่ลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบ ข้อมูลสนับสนุน ● ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ lead ● กรณีศึกษารายที่ ๑ พบมี ST-elevation in lead II III AVF ● กรณีศึกษารายที่ ๒ พบมี ST-elevation in lead V๒ V๓ V๔ V๕ ● ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บมากกว่า ๓๐ นาที ● ผู้ป่วยได้รับยาStreptokinase ๑.๕ ล้านยูนิต การประเมินผล ● กรณีศึกษารายที่ ๑ มีภาวะ cardiogenic shock ได้รับการแก้ไข อาการคงที่ pain score ลดลงเหลือ ๕ ● กรณีศึกษารายที่ ๒ ไม่มีภาวะ cardiogenic shock pain score ลดลงเหลือ ๓	การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ๑.ซักประวัติ ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกคล้ายของหนักทับ อาการมักเป็น นานมากกว่า ๑๕-๒๐ นาที อาจมีอาการร้าวไปไหล่ซ้าย คอ และหลังได้ หรืออาจพบ อาการร่วมอื่นๆ ได้ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืดเป็นลม หอบเหนื่อย แต่ผู้สูงอายุบางรายประมาณร้อยละ ๓๐ ที่อาการไม่ชัดเจน (atypical symptoms) ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย หรือผู้หญิง อาจมาด้วยอาการหายใจหอบ เหนื่อยหรืออาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าอาการเจ็บหน้าอกได้ การซักประวัติต้องกระทำอย่างกระชับฉับไวและได้ข้อมูลเพียงพอ ซักถามประวัติการวินิจฉัย และรักษาเกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดตามด้วยลักษณะการเจ็บหน้าอกอาการร่วม ตรวจร่างกายและสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว หรืออาจจะซักประวัติการเจ็บป่วย/การเจ็บหน้าอกตามหลักการ NOPQRST ได้แก่ N=>Normal ปกติเคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือไม่ O=>Onset เวลาเริ่มมีอาการ P P=>Precipitation ปัจจัยกระตุ้น Q=>Quality ลักษณะการเจ็บหน้าอก R=>Refer painตำแหน่งที่มีการเจ็บร้าวไป S=>Severity ความรุนแรงของการเจ็บโดยใช้คะแนนความเจ็บปวด T=>Time ระยะเวลาที่เจ็บ ๒.ส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และแปลผลให้ได้เร็วที่สุดภายใน ๑๐ นาที กรณีที่ พบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะจำเพาะที่แสดงถึง มีการขาดเลือด ได้แก่ ST segment elevation ใน lead V๒-V๓ ≥ 2 mm ในผู้ชาย หรือ ≥ 1.5 mm ในผู้หญิง * ST segment elevation ๒ mm ใน limb leads หรือ chest leads อื่น ที่ไม่ใช่ V๒-V๓ กรณีพบ ST elevation in LII, LIII, avF ให้ทำ EKG V๓R, V๔R เพื่อค้นหา RV infraction

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ที่กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
๒.ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน ● ผู้ป่วยบอกแน่นหน้าอก ● ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย ● กรณีศึกษารายที่ ๑ พบมี ST-elevation in lead II III AVF ● กรณีศึกษารายที่ ๒ พบมี ST-elevation in lead V๒ V๓ V๔ V๕: ● Chest pain scale = ๗,๕ คะแนน การประเมินผล ● ผู้ป่วยสงบลงนอนพักได้ ● Pain score ลดลงเหลือ ๓	๓.ให้การรักษาเบื้องต้น ด้วยการลดอาการเจ็บหน้าอกและบรรเทาความกังวล ของผู้ป่วย โดยให้ short acting nitrates (Class IIa, Level C) เพื่อลดอาการ เจ็บหน้าอก ยกเว้น กรณีมีข้อห้าม ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ RV infraction, ได้รับยา sildenafil อาจพิจารณาให้ยา MO ทางหลอดเลือดดำเพื่อลดอาการ เจ็บหน้าอก กรณีที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง (Class IIb, LevelC) และอาจให้ ยาคลายกังวลในกลุ่ม Benzodiazepine เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและประเมิน Pain score ๔.ให้ออกซิเจน เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีค่าอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ (SaO₂ < ๙๐% หรือ PaO₂ < ๖๐ mmHg (Class I Level C) ๕.ติดเครื่องตรวจติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่สามารถทำ Defibrillation ได้ (Class I, Level B) ๖.ส่ง EKG บริक्षाแม่ข่ายกรณีที่ไม่มีมั่นใจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย และให้การรักษา เบื้องต้น ๗.เจาะเลือดส่งตรวจ cardiac troponins แต่ไม่ต้องรอผลยืนยันผลตรวจ ซึ่งการวินิจฉัยอาศัยจากอาการทางคลินิกและ ECG ที่ชัดเจน ที่เรียกว่า work- ing diadnosis ก็เพียงพอในการตัดสินใจรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจ ๘.การดูแลให้ได้รับยาแอสไพริน ขนาด ๑๖๐-๓๒๕ มิลลิกรัม ๑ เม็ด เคี้ยวและ กลืนทันที เพื่อยับยั้งการเกิดลิ่มเลือด (ACC/AHA, ๒๐๐๗ cited in Mosca et al, ๒๐๐๗๑๓) และดูแลให้ได้รับยา Clopidogrel ๖๐๐ mg ในผู้ที่อายุ < ๗๕ ปี แต่ใน ผู้สูงอายุที่อายุ > ๗๕ ปี ให้ลดขนาดยาเหลือ ๓๐๐ mg ๙.ประเมินระดับความรุนแรงของโรคเพื่อพิจารณาความรีบด่วน และแนวทาง การรักษาที่เหมาะสม โดยใช้การประเมิน Killip Class ดังนี้ Killip class Killip class I ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว Killip class II ภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ไม่รุนแรง Killip class III acute pulmonary edema(มีเสียง rales >ร้อยละ ๕๐ ของปอด) Killip class IV มี cardiogenic shock

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	๑๐.รับทำการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดค้ำยัน (PCI) ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยและบริบทพื้นที่ ซึ่งการให้ ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic therapy) จัดเป็นแนวทางหลักของการรักษา ในโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะโรงพยาบาลในท้องถิ่นที่อยู่ห่างไกลที่ต้องใช้ ระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปสถานพยาบาลเพื่อทำ PCI นานเกิน ๑๒๐ นาที โดยยาละลายลิ่มเลือดจัดเป็นยา กลุ่มเสี่ยงสูงที่แพทย์ผู้รักษาต้องคำนึงถึง โอกาสเลือดออกรุนแรง และต้องมาประเมินผู้ป่วยด้วยตนเองก่อนเสมอห้ามสั่ง การรักษา ยาต้านทอร์คัพท์ และต้องมีการประเมินข้อห้ามใช้ยานี้ก่อนทุกราย ด้วยการใช้อย่างบันทึกการ และยานี้จะได้ผลในผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมงและจะให้ผลดีมากเมื่อให้ภายใน ๓ ชั่วโมงภายหลังอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นจึงควรรณรงค์ให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลที่รวดเร็วหลังมีอาการจะส่งผลดี ต่อการรักษา ๑๑.การเฝ้าระวังสังเกตและจัดการแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้น ผิดจังหวะที่ร้ายแรง คือ Ventricular Tachycardia (VT) หรือ Ventricular Fibrillation (VF) ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นสูงถึงร้อยละ ๕๐ โดยเฉพาะในช่วง ๑๒-๒๔ ชั่วโมงแรกซึ่งต้องเฝ้าระวัง และสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างใกล้ชิด หรือการเกิด MR ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว, RV infraction, VDS, pericarditis การเฝ้าระวังและสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลาย ลิ่มเลือดโดยเฉพาะอาการทางระบบประสาท อาการเลือดออกในสมอง ๑๒.ติดตามประเมินผลการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion) หลังให้ยา ละลายลิ่มเลือด ๖๐ นาที ต้องประเมินผลการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยที่ บ่งชี้ว่ามีการเปิดหลอดเลือดหัวใจ สำเร็จ ได้แก่อาการเจ็บหน้าอกลดลงหรือหายไป,การลดลงของ ST elevation มากกว่าร้อยละ ๕๐ ใน Lead ที่ยกสูงสุด,พบ reperfusion arrhythmia u accelerated idioventricular rhythm, non -sustained VT**กรณีนี้หลอดเลือดไม่เปิด ต้องรีบส่งต่อไปสถานพยาบาลแม่ข่าย ที่สามารถตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
๓.มีโอกาสดเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด ข้อมูลสนับสนุน - ยา Streptokinase ขนาด ๑.๕ ล้านยูนิต ผสมใน NSS ขนาด ๑๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ การประเมินผล - ระหว่างที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด กรณีศึกษา รายที่ ๑ เกิดภาวะ cardiogenic shock พยาบาล ประเมินอาการต่อเนื่องพบความผิดปกติ รายงานและแก้ไขได้ทันเวลา - ผู้ป่วยรายที่ ๒ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด - หลังให้ยาไม่เปิดจึงรับนำส่ง	๑๓.การใช้ยาร่วมรักษา โดยให้ยา aspirin ครั้งแรกขนาด ๑๖๒-๓๒๕ มก. ตามด้วย ๘๑-๑๐๐ มก. ต่อวัน ร่วมกับยา clopidogrel ครั้งแรก ขนาด ๓๐๐ มก. ในผู้ป่วย อายุ $\leq$ ๗๕ ปี กรณีอายุ $>$ ๗๕ ปี ให้ยา clopidogrel ๗๕ มก. โดยไม่ต้องมี loading และให้ต่อเนื่องในขนาด ๗๕ มก.ต่อวัน และให้ยาด้านเกร็ดเลือด ทั้ง ๒ ชนิดนี้ (Dual antiplatelet therapy, DAPT) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๑๒ เดือน ถ้าไม่มี ข้อห้ามหรือผลแทรกซ้อน และแนะนำให้ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะ อาหาร กลุ่ม proton pump inhibitor ในผู้ป่วยที่ได้รับยา DAPT ถ้ามีความเสี่ยง ต่อการเกิดเลือดออกในกระเพาะอาหาร *** ควรให้ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดชนิด fibrin specific ทุกรายส่วนในรายที่ได้รับยา SK ให้เริ่มยาเมื่อ aPTT ลดลง $\leq$ ๑.๕ เท่า ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ผู้ทำ PCI ในเครือข่าย ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยา Streptokinase ขนาด ๑.๕ ล้านยูนิต ผสมใน NSS ขนาด ๑๐๐ มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ มีคำแนะนำให้ละลายลิ่มเลือด ดังนี้ ๑.เมื่อตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดให้เริ่มยาเร็วที่สุดภายใน ๑๐ นาที หรืออย่างช้า ไม่เกิน ๓๐ นาที หลังให้การวินิจฉัย STEMI (Class I, Level A) ๒.ซักประวัติการแพ้ยา/เคยได้รับยาละลายลิ่มเลือดและข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือด ข้อห้ามใช้ยาอย่างเด็ดขาด (Thai ACS Guideline ๒๐๒๐) , มีประวัติเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) , มีประวัติสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ภายใน ๖ เดือน , ได้รับบาดเจ็บรุนแรงหรือเคยผ่าตัดใหญ่ภายใน ๑ เดือน ,เลือดออกในระบบทางเดินอาหารหรือภายในช่องท้อง ภายใน ๖ สัปดาห์, สงสัยว่าอาจมี หลอดเลือดแดงใหญ่แตกหรือ ความดัน สโตลิกในแขนข้างซ้ายและข้างขวาต่างกัน มากกว่า ๑๕ มม.ปรอท (aortic dissection), ได้รับการเจาะในตำแหน่งที่ไม่สามารถหยุดเลือดได้ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง เช่น การเจาะชั้นเนื้อตับ liver biopsy, การเจาะน้ำไขสันหลัง เป็นต้น ,ห้ามให้ SK ซ้ำในกรณีที่เคยได้ SK มาก่อน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ข้อควรระวัง มีประวัติเป็นสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวภายใน ๖ เดือน (transient ischemic attack in the preceding , ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (oral anticoagulant therapy),ได้รับการกู้ชีพ (CPR) นานเกิน ๑๐ นาที หรือมีการบาดเจ็บรุนแรงจากการกู้ชีพ (prolonged or traumatic resuscitation),ความดันโลหิตสูง Systolic blood pressure ๑๘๐ mmHg > และหรือ diastolic blood pressure >๑๑๐ mmHg, มีการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (infective endocarditis) - ตั้งครรภ์หรือตกเลือดหลังคลอดภายใน ๑ อาทิตย์ ๓.ให้ข้อมูลโอกาสเสี่ยงของยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อประกอบการตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติยินดียินดีรับการ รักษา ให้ลงชื่อในแบบยินยอมรับ รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ๔.กรณีที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือดเตรียมยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase : SK) โดยผสมยา SK ๑.๕ mu in ๕/D/W หรือ ๐.๙%NSS ๑๐๐ ml v drip in ๑ hr ๕.ตรวจสอบความถูกต้องก่อนให้ยาทุกครั้งขณะให้ยาเฝ้าระวัง สังเกตอาการและ V/S อย่างใกล้ชิด ทุก ๕ นาที x ๖ ครั้งทุก ๑๕ นาที จนกระทั่งให้ยาหมด และทุก ๓๐ นาที x ๒ ครั้ง, ๑ ชั่วโมง x ๒ ครั้ง และทุก ๒ ชั่วโมงจนครบ ๒๔ ชั่วโมง หลังจากนั้นทุก ๔ ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Micromedex ®Health Series, ๒๐๐๙) ๖.ติดตามประเมิน Neuro sign ก่อนและหลังให้ยา ทุก ๑ ชั่วโมง x ๔ ครั้ง โดยถ้าผู้ป่วย สัญญาณชีพคงที่ให้ติดตามต่อทุก ๔ ชั่วโมง x ๖ ครั้ง จนครบ ๒๔ ชั่วโมง และ ทุก ๔ ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ๗.ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติก่อนและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด ทุก ๑ โมง x ๔ ครั้ง และติดตามต่อทุก ๔ ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (โดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมอง และเลือดออกจากอวัยวะต่างๆ เช่น เลือดออก ในทางเดินอาหาร เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด เลือดออกในทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ถ้าพบ เจาะ Hct รายงานแพทย์ทันที ๘.ลงบันทึกระยะเวลาที่ผู้ป่วยหาย จากอาการเจ็บแน่นหน้าอกหลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
๔.เสี่ยงต่ออาการทรุดลงระหว่างส่งต่อเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ข้อมูลสนับสนุน ● ระยะทางในการส่งต่อ ๘๐กิโลเมตรใช้เวลาในการเดินทาง ๑ ชม.	๙.ติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ leads เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดหัวใจเปิดหลัง ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (reperfusion) หลังให้ยาครบในเวลาที่ ๓๐, ๖๐, ๙๐, ๑๒๐ นาที โดยเฉพาะระดับ ST segment ถาลดลงมากกว่าครึ่ง แสดงถึงการเปิดหลอดเลือด หัวใจหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด และติดตามตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ๑๒ leads ทุกวัน ตอนเช้า จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ๑๐.กรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพผิดปกติที่สงสัยจากการแพ้ยา เช่น urticaria, angioedema รายงานแพทย์เจ้าของไข้ สดอัตราเร็วของการให้ยาครั้งหนึ่ง กรณีแพ้รุนแรง เช่น anaphylaxis ให้หยุดให้ยาละลายลิ่มเลือดทันทีและให้ adrenaline ๑:๑๐,๐๐๐ จำนวน ๑ ml IV นาน ๕ นาที หากไม่ตอบสนองให้เพิ่มเป็น ๒-๕ ml IV นาน ๕ นาที ร่วมกับ promethazine ๒๕ mg และ/หรือ hydrocortisone ๑๐๐ mg IV ๑๑.สังเกตอาการแพ้ยาที่พบได้บ่อย เช่น rash, musculoskeletal pain, flushing, itching, nausea, temperature rise, chill รายงานแพทย์เจ้าของไข้ รักษาตามอาการ ๑๒.กรณีให้ยาละลายลิ่มเลือดในโรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อรับการรักษาต่อไป หรือพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้ โดยเฉพาะกรณีที่หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแต่หลอดเลือดยังไม่เปิด เพื่อพิจารณาทำ Rescue PCI โดยเร็ว ๑๓.พัฒนาทักษะบุคลากรในการอ่าน EKG การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้ง ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) การใช้ AED สม่าเสมอให้บุคลากรมีสมรรถนะในการดูแลการส่งต่อ ๑.มีการส่งข้อมูลประสานส่งต่อพยาบาลวิชาชีพประสานศูนย์ประสาน ประสาน CCU แพทย์ประสานอายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ก่อนส่งต่อเพื่อให้เกิดความพร้อมในการส่งต่อ ๒. ส่งข้อมูลผ่านระบบ SMART REFER ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ช่วยชีวิต ยาและเวชภัณฑ์ ให้พร้อมใช้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่แต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
• กรณีศึกษารายที่ ๑ พบมีST-elevation in lead II III AVF • กรณีศึกษารายที่ ๒ พบมี ST-elevation in lead V๒ V๓ V๔ V๕: การประเมินผล ผู้ป่วยส่งต่อปลอดภัยไม่มีทรุดระหว่างทาง ๕.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยโรคคุกคามชีวิตและการดูแลตัวเองในอนาคต ข้อมูลสนับสนุน • ผู้ป่วยและญาติถามย้าถึงการเจ็บป่วยจะหายไหม • มีสีหน้ากังวล • ถามถึงแผนการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติคลายกังวลกล่าวขอบคุณที่ให้ข้อมูล	การส่งต่อ (ต่อ) ๓. พยาบาลส่งต่อเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง มีการประสานส่งต่อกับศูนย์ประสานระหว่างนำส่ง และส่งข้อมูลที่เป็นปัจจุบันผ่านระบบ telemedicine ที่ติดตั้งบนรถส่งต่อผู้ป่วย ๔.ประเมินอาการ ก่อนออก ระหว่างส่งต่อ ละส่งข้อมูลให้ ccu. ให้ครบถ้วน ๕.หากเกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย มีระบบ telemedicine ในการสื่อสารกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแล ๑. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตัวสถานที่ การปฏิบัติตัว การเยี่ยมและแผนการรักษาพยาบาลเพื่อลดความตื่นกลัวสถานที่ และความวิตกกังวล ๒.ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพื่อทราบถึงขอบเขตในการรับข้อมูล เพื่อให้ได้รับความเข้าใจในอาการ และช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาล ๓.ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่สำคัญ • เรื่องโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค การควบคุมระดับไขมัน LDL-C ให้ < ๕๕ mg%และควบคุม LDL-C ให้ < ๔๐ mg% ในผู้ป่วยที่เป็น ACS ข้ำ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต • กรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ประเมินการสูบบุหรี่และระดับการติดนิโคตินและประเมินความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ตามหลักการ ๕ A (Ask,Advise,Assess,Assist,Arrange folloe up) และให้คำแนะนำ คำปรึกษาในการหยุดสูบบุหรี่ • รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะยาด้านเกร็ดเลือดทั้ง ๒ ชนิดทั้งยา aspirin และ ยา Clopidogrel เพื่อป้องกันขดลวดอุดตันหรือการป้องกันการเกิด MI • ควบคุมอาการเจ็บหน้าอก การใช้ยาอมยาใต้ลิ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	๓.ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่สำคัญ (ต่อ) ● รับประทานอาหารที่เหมาะสมหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง รสจัด - ออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและหัวใจ ● การขับถ่าย ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยเบ่งถ่ายอุจจาระโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ ● อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้แก่อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย เป็นต้น ● กรณีที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มัลติเลตการสุขภาพต้องแจ้งและให้ข้อมูล เกี่ยวกับเส้นเลือดโคโรนารีที่ผิดปกติและชนิดของขดลวดที่ใส่และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดขดลวดอุดตันซ้ำ ข้อแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ๑. การรับประทานยาที่สำคัญ ๑.๑ ยาด้านเกร็ดเลือด ผู้ป่วยจะได้รับยาด้านเกร็ดเลือด ๒ ชนิด ได้แก่ ยาแอสไพริน (ASA) และยาพลาวิค (Plavix : Clopidogrel) กรณีที่ติดต่อยาพลาวิค แพทย์อาจพิจารณาให้ยาทิกาเกลอร์ (Ticagrelor) แทนหรือพิจารณาใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มในการเกิดขดลวดอุดตัน (Re-stenosis) ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาด้านเกร็ดเลือด ๒ ชนิดอย่างน้อย ๑ ปี หลัง การรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยา ทั้ง ๒ ชนิดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดขดลวดอุดตันซ้ำ (instent stenosis) ซึ่งจากการศึกษาวิจัย พบว่าถ้าขาดยาแอสไพริน ๗ วันจะมีโอกาสเกิดขดลวดอุดตันซ้ำได้หรือการขาดยา Clopidogrel ๑๒๒ วัน จะมีโอกาสเกิดขดลวดอุดตัน หรือถ้าขาดยาทั้งสองชนิด จะมีโอกาสเกิดขดลวด ๑๗ วัน ดังนั้นจึงห้ามผู้ป่วยหยุดยาเองเด็ดขาด อุดตันซ้ำภายใน ๗ วัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ข้อแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ๑. การรับประทานยาที่สำคัญ (ต่อ) ๑.๑ ยาด้านเกร็ดเลือด (ต่อ) กรณีผู้ป่วยที่ใส่ขดลวดค้ำยัน หากต้องพบทันตแพทย์ จักษุแพทย์ หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดที่จำเป็นต้องหยุดยา ด้านเกร็ดเลือด ให้ปรึกษาอายุรแพทย์โรค หัวใจก่อน ยาในกลุ่มนี้มีผลระคายเคืองกระเพาะอาหาร ดังนั้นควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา หลังอาหารทันที เมื่อครบ ๑ ปี ผู้ป่วยจะได้รับยาแอสไพริน (Aspirin) ขนาด ๘๑ มิลลิกรัม ต่อ ซึ่งยานี้จำเป็นต้องรับประทานตลอดชีวิต ๑.๒ ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ (Beta blocker) ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ในระยะยาว ได้แก่ ยาอะทีโนลอล (Atenolol), ไบโซโพรลอล (Bisoprolol), คาเวโดลอล (Caveditol), เมโทโพรลอล (Metoprolol), เนบิวลอล (Nebivolol), โพรพานอลอล (Propranolol) ข้อบ่งใช้: ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดปริมาณ Oxygen demand ลดโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดปริมาณ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือความดันลดลงมากในขณะเปลี่ยนท่าทาง ซึ่งเป็นผลจากร่างกายปรับตัวไม่ทัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด วิงเวียน ใจสั่น คล้ายจะเป็นลม การแก้ไข: ควรแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับเปลี่ยนท่าทาง ๑.๓ กลุ่มยาลดไขมัน ได้แก่ ยาซิมวาสเตติน (Simvastatin), อะโทรวาสเตติน (Atorvastatin), โรโซวาสเตติน (Rosuvastatin) ข้อบ่งใช้: ลดไขมันในเส้นเลือด (Cholesterol) โดยเฉพาะชนิด LDL-cholesterol และ เพิ่มปริมาณ HDL-cholesterol โดยออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ HMG-CoA reductase ทำให้การสังเคราะห์คอเลสเตอรอลในตับน้อยลง อาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย พิษต่อกล้ามเนื้อ อาการอาจจะมีตั้งแต่ขั้นอ่อน เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อธรรมดา หรือกล้ามเนื้ออักเสบ ในผู้ป่วยบางราย อาการอาจจะรุนแรง คือ เกิดพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อ โดยระดับ creatine kinase (CK) สูง > ๑๐ เท่าของคนปกติหรืออาจจะรุนแรงถึงขั้น rhabdomyolysis

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ข้อแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ๑. การรับประทานยาที่สำคัญ (ต่อ) ๑.๓ กลุ่มยาลดไขมัน (ต่อ) ดื่มน้ำมากๆ ทำให้ไขมันระดับสูงขึ้นเล็กน้อย แนะนำให้ตรวจไขมันระดับ ก่อนการฉายยา และหลังจากใช้ ๓ เดือน หากตรวจพบสูงขึ้น > ๓ เท่าของค่าปกติ แนะนำให้ หยุดยา โดยทั่วไปพบว่า จะกลับมาเป็นปกติภายใน ๒-๓ เดือนหลังหยุดยา ๒. คำแนะนำในการใช้ยาอมใต้ลิ้น กรณีที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดย ● อมยาไอซอดิล ขนาด ๕ มิลลิกรัม เม็ดสีชมพูเล็กๆ ไว้ใต้ลิ้นทันที ● หยุด! กิจกรรม และนอนพักจนกว่าจะหาย เพราะยาจะทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว หากเดินหรือทำงานอาจทำให้หน้ามืดเป็นลมได้ ● ขณะอมยาใต้ลิ้นสังเกตว่าต้องเกิดอาการลิ้นชาขึ้น ช้ำในปาก หรือมีอาการหน้าแดงร้อน วูบวาบถ้าไม่มี แสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพ ● ห้าม! กลืนน้ำลายขณะอมยาต้องให้ละลายหมดก่อน ● ถ้าอมยา ๑ เม็ด แล้วอาการไม่ดีขึ้น ให้รีบโทร ๑๖๖๙ เพื่อเรียกรถปฏิบัติการฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ● ห้าม! ขับรถเอง ● เมื่อเดินทางออกจากบ้าน ต้องนำยาพกติดตัวไปด้วยเสมอ ● ไม่ควร เก็บยาไว้ครั้งละมากๆ และควรเก็บในขวดสีชา หรือตลับทึบแสงป้องกันยาถูกแสงแล้วเสื่อมคุณภาพ ● สังเกตสีของเม็ดยาหากสีเม็ดยาเปลี่ยนไม่ควรใช้เพราะแสดงว่ายาเสื่อมคุณภาพ ๓.การรับประทานอาหาร ● หลีกเลี่ยงหรืองด อาหารที่มีโคเรสเตอรอลสูง เช่นตับ ไต สมอง เครื่องใน สัตว์ทุกชนิด ไข่ปลา หอยนางรม หนั๋ง เป็ด หนั๋งไก่ และงาดำอาหารหวาน มัน เค็มจัด เผ็ดจัด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ข้อแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน (ต่อ) ๓.การรับประทานอาหาร(ต่อ) ● หลีกเลี่ยงหรืองดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เพราะจะเพิ่มการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ ● หลีกเลี่ยง อาหารที่ทำให้ท้องผูกหรือเกิดแก๊ส เช่น ของหมักดอง ● ควรรับประทาน ผัก ผลไม้ อย่างสม่ำเสมอ ถ้าท้องผูก ให้รับประทาน ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษาเพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระจะทำให้ หัวใจทำงานมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เจ็บแน่นหน้าอกได้ ● ควรรับประทานอาหารพอรออิ่มในแต่ละมื้อ และรับประทานอาหารอย่างช้าๆ ๔.การออกกำลังกาย ● ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ วันละ ๑๐-๓๐ นาที ออกกำลังกายที่ เหมาะสม เช่น เดิน หรือวิ่ง เหยาะๆ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ ออกแรงมากๆ เช่น การยกน้ำหนัก ● ไม่ควร ออกกำลังกายทันทีหลังรับประทานอาหาร ควรออกกำลังกายหลัง รับประทานอาหาร ๒ ชั่วโมง การออกกำลังกายเพื่อหัวใจที่ดีแบ่งเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะที่ ๑ ระยะเริ่ม เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกาย ด้วยการบริหารร่างกาย อย่างช้าๆ ทั้งหมด ๔ ท่า หรือเป็นการเดินช้าๆ ๕-๑๐ นาที ๕. การขับถ่าย ระมัดระวังไม่ให้ท้องผูก และห้ามเบ่งถ่ายอุจจาระเพราะการเบ่งถ่ายอุจจาระ จะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เจ็บแน่นหน้าอกและหัวใจเต้นผิดปกติ หรือหัวใจหยุดเต้นได้ ถ้ามีอาการท้องผูกให้รับประทานยาระบายตามแพทย์สั่ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ข้อแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน (ต่อ) ๖. การมีเพศสัมพันธ์ ● ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว ๔-๖ สัปดาห์หรือไม่มีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรือเมื่อสามารถก้าวขึ้นบันได อย่างต่อเนื่องได้ ๒ ชั้น หรือเดินบนที่ราบได้ ๑,๐๐๐ เมตร หรือประมาณ ๒-๓ ช่วงตึก ในเวลา ๑๐-๑๕ นาทีโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบใจสั่นหรือ เจ็บแน่นหน้าอก พักผ่อนให้เพียงพอก่อนการมีเพศสัมพันธ์ อาจพิจารณาอมยาไอซอดิลก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และควรหลีกเลี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ที่ผิดธรรมชาติ ● หลีกเลี่ยง การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรส และมีอายุต่างกันมากๆ ไม่ควร มีกิจกรรมทางเพศหลังการรับประทานอาหารหรือหลังออกกำลังกายใหม่ๆ ● ถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ให้หยุดพักและอมยาไอซอดิล ได้ลิ้นพันที่ ๑ เม็ด ห้ามใช้ยา Viagra ร่วมกับ ยารักษาโรคหัวใจกลุ่มไนเตรต เช่น Isordil (ไอซอร์ดิล) Nitroglycerin (ไนโตรกลีเซอรีน) อย่างเด็ดขาดเนื่องจากยา จะเสริมฤทธิ์กัน ทำให้ความดันเลือดลดต่ำลงมาก จนอาจช็อคและเสียชีวิตได้ ๗. การทำงาน ● สามารถกลับไปทำงานได้ในสัปดาห์ที่ ๖ - ๘ หลังออกจากโรงพยาบาล ● เริ่มทำงานแต่น้อยแล้วค่อยๆเพิ่มระยะเวลาขึ้น ● หลีกเลี่ยง การทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียดหรืองานที่ต้องใช้กำลังมากในเดือนที่ ๓-๖ ถ้าไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สามารถดำเนินชีวิตได้ ตามปกติและเล่นกีฬาได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด เอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ข้อเสนอแนะการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน (ต่อ) ๘. การควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องและการปรับพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่และควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ให้จำกัดอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลรับประทานผักผลไม้ที่ไม่มีรสหวานแทน ขนมหรือของหวาน ๙. สภาพจิตใจและอารมณ์ ● หลีกเลี่ยง สิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียดทางจิตใจ เช่น โกรธ หงุดหงิด อารมณ์ เสียบ่อยๆ รวมทั้งหลีกเลี่ยง การทำกิจกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์รุนแรง เช่น การเชียร์มวย เชียร์กีฬา หรือการแข่งขันต่างๆ แนะนำญาติ ในการสร้างสัมพันธ์ภาพและบรรยากาศที่ดี ความรัก ความอบอุ่นภายในครอบครัววิถีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม โดยการพูดหรือระบายออกมา หรือ หนีไปจากเหตุการณ์นั้น การระงับความโกรธด้วยการตั้งสติให้มั่นคง ยอมรับคำวิพากษ์วิจารณ์บ้าง หรืออ่านหนังสือธรรมะ ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ หรือทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบ เป็นต้น ๑๐. อาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บเหมือนมีของหนักทับ เจ็บนานนึ่งพัก หรืออมยาได้ลิ้นแล้วไม่ดีขึ้น หรือเจ็บร้าวไปที่คอ ไหล่ สะบัก หรือมีอาการใจสั่น เหนื่อยออกมาก หน้ามืด เป็นลมหมดสติ หรืออาการ หายใจหอบ เหนื่อย นอนราบไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ หรือการแนะนำให้ผู้ป่วยจดจำอาการที่เคย มาโรงพยาบาล ได้แก่ ● บวมหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น ๑ กิโลกรัม ภายใน ๑ วัน ใช้ หรือบริเวณแผลที่ขยายหลอดเลือดหัวใจ ปวด บวม แดง ร้อน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

สรุป วิจัยกรณี

การศึกษาเปรียบเทียบรายกรณี ๒ ราย ๑ รายปฏิเสธโรคประจำตัว อีก ๑ ราย มีโรคประจำตัว รับยาสม่ำเสมอ มีอาการแสดงที่คล้ายๆกัน คือ เจ็บแน่นหน้าอกเป็นอาการนำ ทั้ง ๒ ราย รับประทานที่โรงพยาบาลทันที ด้วยยารักษาต่างกัน คือ รายที่ ๑ เป็นคนไทยอยู่ในพื้นที่สีนริณทร ส่วนรายที่ ๒ เป็นชาวต่างชาติ(ลาว)ไปรักษาที่ลาว อาการไม่ดีขึ้น จึงประสานงานผ่านระบบส่งต่อที่วางไว้ ร่วมกันผ่านด่านควบคุมโรคที่ด่านสากลวังเต่า-ช่องเม็ก โดยโรงพยาบาลออกรับทั้ง ๒ ราย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ที่ โรงพยาบาลสีนริณทร ผลการให้ยา ผู้ป่วยรายที่ ๑ มีภาวะแทรกซ้อน cardiogenic shock ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ จนอาการคงที่ก่อนส่งต่อ รายที่ ๒ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน โรคที่ผู้ป่วยเป็น เกินศักยภาพ และขีดความสามารถโรงพยาบาลชุมชนที่จะทำได้ แพทย์จึงส่งต่อแม่ข่ายที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการส่งต่อแบบ fast track ทั้ง ๒ ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อน สะท้อนให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วสามารถลดภาวะแทรกซ้อนลดอัตราการเสียชีวิต

ระบบการทำงานเป็นทีม ตั้งแต่ ระบบ EMS. (pre hospital) ระบบการส่งต่อระหว่างประเทศ พนักงานเปล พยาบาลคัดกรอง พยาบาลER แพทย์เวร การส่งตรวจ Lab ระบบ REFER จนถึงผู้ป่วยได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนดและผู้ป่วยทั้ง ๒ รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ ทำ pci ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย กลับบ้านปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ มาตามนัดเพื่อ อย่างต่อเนื่องทั้ง ๒ ราย ใช้ชีวิตอย่างปกติในส่วนของการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจตายชนิดเฉียบพลัน (Acute ST-elevate MI)รายกรณีทั้ง ๒ รายนั้นพบว่า ตั้งแต่กระบวนการรับเข้ามาโรงพยาบาล การคัดกรอง การประเมิน พยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในทุกขั้นตอน ในด้านการประเมินปัญหาและความต้องการการพยาบาลทั้ง ๒ รายกรณี มีความคล้ายคลึงกัน เนื่องจากมีประวัติระดับความรุนแรงของโรคใกล้เคียงกัน ซึ่งนำกรอบแนวคิดในการประเมิน (Assessment Framework) ของ FANCAS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถประเมินและปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายกรณีได้สอดคล้องกับ การศึกษาของนันทิยา แสงทรงฤทธิ์ (๒๕๕๕) ที่ว่า แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตอ้างอิงถึง แนวทางการประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤติ FANCAS โดย Dr. June C.Abbey และทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem

ซึ่งการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลนั้นพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยนำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) และ กำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย	หน่วย	ผลการดำเนินงาน	
			๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. อัตราการคัดกรองนิคพลาตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง	< ๕	ร้อยละ	๐	๐
๒. Door to EKG (ภายใน ๑๐ นาที)	๑๐๐	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐
๓. Door to Drug (ASA,ISD) ภายใน ๑๕ นาที	๑๐๐	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐
๔. อัตราการการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา ๓๐ นาที(หลังวินิจฉัย)ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง(ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา)	๑๐๐	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐
๕. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ในโรงพยาบาล	< ๙	ร้อยละ	๒๐	๐
๖. อัตราการทรุดลงระหว่างส่งต่อ(post-hospital)ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง	< ๕	ร้อยละ	๔.๒๕	๐

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ด้านการดูแลผู้ป่วย

๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การจัดการทางการแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพสามารถนำประโยชน์จากการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง
๒. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ได้รับการเฝ้าระวังด้านความปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการจัดการพยาบาลที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย
๓. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง และญาติรับรู้เรื่องสภาพการเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญอยู่ รวมถึงโรค การวินิจฉัย การรักษา ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นทั้งจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่เผชิญอยู่ยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สามารถปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี

ด้านบุคลากรที่ให้บริการ

๑. มีการนำความรู้ ข้อมูลจากเคสกรณีศึกษาทั้ง๒ราย การค้นคว้าเอกสารวิชาการ การหาหรือผู้เชี่ยวชาญทีมสหวิชาชีพ และจัดการพยาบาลด้วยตัวเอง ทำให้เกิดความรู้ความชำนาญและสามารถจัดการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทปัญหาของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ทั้งชาวไทยและผู้ป่วยชาวต่างชาติที่มาเนื่องจากปฏิบัติงานอยู่อำเภอชายแดน มาใช้ในการพัฒนาความรู้ ทักษะและเทคนิคในการให้การพยาบาล
๒. สามารถนำข้อมูลปัญหาจากการศึกษามาใช้ในการวางระบบแก้ไข เช่นการส่งข้อมูลก่อนถึง โรงพยาบาลของผู้ป่วยต่างชาติที่ส่งตัวมา การออกรับผู้ป่วย การประเมินอาการแรกรับ การดูแลในโรงพยาบาลและการส่งต่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ ด้านบุคลากรที่ให้บริการ(ต่อ)

โรงพยาบาลอื่นๆ วิเคราะห์ ทบทวน พัฒนา ประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง หรือผู้ป่วยโรคอื่นๆที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้อย่างมีคุณภาพ ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด ๒๔ ชั่วโมง ตั้งแต่ ก่อนโรงพยาบาล EMS, ในโรงพยาบาล,และส่งต่อ(REFER) มีการเฝ้าระวังและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

๓. มีการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง อย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และการจัดการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เกิดความร่วมมือในการทำงานและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทีมพยาบาลวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพและครอบครัวผู้ป่วย

๔. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทีมกู้ชีพที่นำส่ง ทีมด้านควบคุมโรคที่ด่านพรมแดนถาวรช่องเม็ก ทีมสหสาขาวิชาชีพ พนักงานขับรถ ทำให้การบริหารจัดการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้อย่างครบวงจรครบถ้วนก่อนเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ปฏิบัติงาน

๕.เกิดการทบทวนและปรับปรุงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง โดยทีมอย่างต่อเนื่อง ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง และโรคที่วิกฤติฉุกเฉินอื่นๆ

ด้านระบบงาน

๑.ระบบงานและการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ได้รับการทบทวนอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาและรวบรวมปัญหาจากกรณีศึกษา ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนและนำมาแก้ไขพัฒนาเชิงระบบได้

๒.ทบทวนและวางระบบการรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอสิรินธร จะการแบ่งเขตรับผิดชอบให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งอำเภอสิรินธรเพื่อให้การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

๓.หน่วยงานมีรูปแบบในการวางระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ (ไทย - ลาว) โดยร่วมมือกับด่านพรมแดนช่องเม็ก ที่เป็นด่านแรกในการคัดกรองประเมินอาการและส่งข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้ระบบ telemedicine มาช่วยในการดูแลผู้ป่วย มีการใช้ระบบ line ในการประสานส่งต่อจากต่างประเทศเพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยและแจ้งการนำส่ง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เอสทียกสูง ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)

๒. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่การปฏิบัติพยาบาลของเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือผู้ที่สนใจ

๓. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียกสูง ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)

๔.นำ Pitfall ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยมาพัฒนาคุณภาพการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพระบบงานให้ดียิ่งขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

กรณีศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิเคราะห์บทบาทกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย ซึ่ง ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการ การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง ต้องใช้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์และความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลให้การพยาบาล ทั้งในเรื่องของการ คัดกรอง การประเมิน การพยาบาลในโรงพยาบาล การส่งต่อ การติดต่อประสานงานรายงานแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีบุคลากรพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า ๕ ปี จำนวน ๖ คน และมีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์สูงอยู่อย่างจำกัด ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้การจัดการพยาบาลจึงมีความยุ่งยากซับซ้อนมาก พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติโดยใช้องค์ความรู้และความสามารถในการประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาและระบุปัจจัยเสี่ยงอย่างรวดเร็ว รวมถึงการกำหนดข้อวินิจฉัยพยาบาลที่ถูกต้องครอบคลุม มีการตัดสินใจวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้อง ทันเวลา ปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ความยุ่งยากที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การส่งตัวเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร จาก กรณีศึกษา รายที่ ๒ เป็นการส่งตัวจากต่างประเทศ เพื่อรักษาต่อ กระบวนการส่งต่อจากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นไปอย่างยากลำบาก การสื่อสารกับทีมแพทย์ที่โรงพยาบาลต้นทางเป็นการสื่อสารผ่านระบบ line application ซึ่งเป็นการสื่อสารทางเดียว การสอบถามและการให้การรักษาที่เพิ่มเติมไปก่อนส่งและระหว่างนำส่งจึงไม่เกิดขึ้นทำให้เกิดความล่าช้าในการให้การดูแลรักษา ต้องใช้ความสามารถในการติดต่อประสานงานหลายภาคีเครือข่าย เช่น ประสานด้านควบคุมโรค ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง เป็นต้น เพื่อให้การสื่อสารสามารถส่งถึงและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้มากที่สุด ประการต่อมาเนื่องจากกรณีศึกษาเป็นชาวต่างชาติ ไม่เข้าใจระบบในการดูรักษาของทางสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ต้องการที่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เลยไม่ต้องการที่จะรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร พยาบาลวิชาชีพจึงต้องอธิบายกระบวนการดูแลรักษา ระบบการทำงาน และประโยชน์ที่จะได้รับคือเพื่อความปลอดภัยเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติที่ต้องดูแลรีบด่วนและต้องแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตก่อนถึงส่งต่อได้ อีกทั้งการสื่อสารเรื่องค่ารักษาแทนโรงพยาบาลปลายทางที่จะเตรียมรับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องชำระเงินครบและโรคที่เป็นต้องมียาใช้จ่ายสูง การสื่อสารจึงมีความสำคัญและยุ่งยากซับซ้อนเพื่อไม่ให้มีปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยและโรงพยาบาลปลายทางและอยู่ในกรอบของจรรยาบรรณและจริยธรรม

ด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรมีข้อจำกัด เช่น ความคับแคบ จำนวนเตียงสังเกตอาการที่แออัดในพื้นที่ การไม่มีห้องแยกโรคในห้องฉุกเฉิน อัตราากำลังที่มีจำกัดหรือแม้แต่รถส้วตอไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้แม้ไม่ใช่ความยุ่งยากโดยตรง แต่ก็เป็นองค์ประกอบที่ส่งผลให้การจัดการทางการพยาบาลมีความยุ่งยากมากขึ้น ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง จึงต้องใช้ทักษะการจัดการพยาบาลขั้นสูง เช่น กรณี รถส่งต่อ ไม่เพียงพอในการส่งตัวผู้ป่วย การประเมินจัดลำดับความรุนแรงคัดกรองก่อนหลังในการส่งต่อ ประสานงานยืมรถหน่วยงานอื่น การติดตามระบบรถส่งต่อแบบเรียลไทม์. ดังนั้นจึงต้องใช้การกำกับดูแลและการนิเทศทางการ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ(ต่อ)

พยาบาลเป็นเครื่องมือช่วยในการจัดการทางการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง เป็นรูปธรรมและสอดคล้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการกรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย มีปัญหาอุปสรรค ดังนี้

๘.๑ ด้านการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านเฉพาะสาขาเพื่อให้สามารถให้บริการและดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการให้การพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลา เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยต้องใช้ประสบการณ์การดูแลที่สั่งสมความชำนาญพิเศษเป็นเวลานาน ประกอบกับผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง มีความรุนแรง และต้องรวดเร็วในการประเมิน การให้การพยาบาลและการส่งต่อ ดังนั้น การสั่งสมความเชี่ยวชาญจึงต้องใช้ระยะเวลา การศึกษาลงมือปฏิบัติและความอดทนสูงพยาบาลต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจ

๘.๒ ในการดำเนินการครั้งนี้มีปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนการประสานงานก่อนรับผู้ป่วยจากต่างประเทศและด้านควบคุมโรค ต้องใช้วิธีการที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูลและการติดต่อสื่อสารกับทีมที่ดูแลก่อนส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย อีกประการคือการติดตามเยี่ยมเคสกรณีศึกษาที่ส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้

๘.๓ ในการประสานความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูล ส่งกลับข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีความยุ่งยาก และเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังต้องการการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อการส่งกลับผู้ป่วยและการประสานข้อมูลเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและเป็นความท้าทายที่ต้องพัฒนาต่อไป

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรทำข้อมูลกลุ่มเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT, DLP ในชุมชน รายรพ.สต.เชื่อมโยงนโยบาย ๓ หมอ มีหมอ อ.ส.ม.ในชุมชนรู้ข้อมูล ให้ข้อมูลสุขภาพ อาการของโรคและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำแผนที่กลุ่มเสี่ยงเชื่อมโยงข้อมูลกับงาน EMS เพื่อการออกรับที่รวดเร็วในกรณีฉุกเฉิน จัดทำให้ความต่อเนื่องยั่งยืน

๙.๓ ควรพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างประเทศด้านพรมแดนถาวรช่องเม็กและด่านสากลวังเต่า ตั้งแต่ขั้นตอน แนวทางการดำเนินการ การประสานก่อนการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างนำส่ง การลดขั้นตอน(fast track)ที่ด่านควบคุมโรค ด่านตรวจคนเข้าเมือง (ในกรณีเคสฉุกเฉินวิกฤติ สีแดง) การติดต่อประสานงานที่มีประสิทธิภาพ ระบบ telemedicine ที่สามารถให้คำปรึกษาได้แบบเป็นปัจจุบัน การออกรับจากทีม EMS ในพื้นที่สีรินทร์ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและการปฏิบัติงานบุคลากรราบรื่นมีประสิทธิภาพ

๙.๔ ควรนำระบบ telemedicine มาใช้ร่วมกับ EMS ระบบส่งต่อให้ครอบคลุมทุกคันรวมถึงเครือข่ายกู้ชีพกู้ภัย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ได้เข้าร่วมประชุมและนำเสนอผลงานในโครงการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” รุ่นที่ ๒ ประเภท Oral Presentation เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย ในวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายวรฤดี พงษ์อุดม สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%
๒) สัดส่วนของผลงาน.....
๓) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

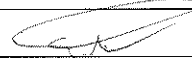
(ลงชื่อ)

(นายวรฤดี พงษ์อุดม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวรฤดี พงษ์อุดม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายธนาวุฒิ พรหมดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายวรุตม์ เกตุสิริ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับคือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกันก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับ

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศบริเวณด่านพรมแดนถาวรช่องเม็ก
กับ ด่านสากลวังเต่า

๒. หลักการและเหตุผล

ระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบที่เชื่อมโยงการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังสถานพยาบาลหนึ่ง การรับและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่ง ในบริบทของโรงพยาบาลสิรินธร(ขนาด ๓๐ เตียง) ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชนชายแดนพรมแดนติดกับประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีด่านถาวรพรมแดนช่องเม็ก(ประเทศไทย)และด่านสากลวังเต่า(สปป.ลาว) ระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลสิรินธรจึงต่างจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ คือ

- ระบบการส่งต่อในจังหวัดอุบลราชธานี คือการรับใน คปสอ.สิรินธรและส่งต่อในเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี คือ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้
- ระบบส่งต่อระหว่างประเทศ โดยรับการประสานส่งต่อจากเจ้าหน้าที่ด่านควบคุมโรคที่ประจำอยู่ที่ด่านถาวรพรมแดนช่องเม็ก โดยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแขวงจำปาสักและผู้ป่วยเดินทางมาโดยตรงเพื่อรักษาพยาบาล

จากการจัดทำเคส กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยยกกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง : กรณีศึกษา ๒ ราย เปรียบเทียบพบประเด็นปัญหาเชิงระบบของระบบส่งต่อระหว่างประเทศ คือ

- ปัญหาอุปสรรคในขั้นตอนการประสานงานก่อนรับผู้ป่วยจากต่างประเทศและด่านควบคุมโรค ต้องใช้วิธีการที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูลและการติดต่อสื่อสารกับทีมที่ดูแลก่อนส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
- ปัญหาความล่าช้าในการทำเอกสารผ่านแดนของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน
- การประสานความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูล ส่งกลับข้อมูลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ยังต้องการ การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ การส่งกลับผู้ป่วยและการประสานข้อมูลเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย
- ปัญหาความไม่เข้าใจของผู้ป่วยต่างชาติที่มีต่อระบบส่งต่อของโรงพยาบาลสิรินธรและเครือข่ายส่งต่อจังหวัดอุบลราชธานี

ด้วยสาเหตุดังกล่าวข้าพเจ้าในบทบาทของผู้ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสิรินธร จึงมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะพัฒนางานในประเด็นของการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศบริเวณด่านพรมแดนถาวรช่องเม็กกับด่านสากลวังเต่า เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เกิดความราบรื่นในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่การพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ ญาติผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบแนวทางปฏิบัติของการส่งต่อในเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากระบบส่งต่อระหว่างประเทศที่โรงพยาบาลสิรินธรร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และด่านควบคุมโรคพรมแดนถาวรช่องเม็ก ทำข้อตกลงร่วมในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินกับงานสาธารณสุขแขวงจำปาสักและโรงหมอแขวงจำปาสัก ไว้ในปี ๒๕๖๐ มีการปิดด่านไปจากสถานการณ์โควิดและมีการกลับมาเปิดด่าน จึงได้มีการมาใช้บริการทางสาธารณสุขที่โรงพยาบาลสิรินธร ดังข้อมูล ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสิรินธร ในปี ๒๕๖๔,๒๕๖๕,๒๕๖๖ =>๓๖๕ ,๒,๐๔๕,๓๔๒๖ราย ตามลำดับ และได้รับการส่งต่อมาตามระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ๗๖,๑๘๗,๓๕๖ นั้น มีจำนวนมากขึ้นทุกปี ส่งผลให้ต้องมีการทบทวนวิเคราะห์ระบบบริการ โดยเฉพาะการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศ ค้นพบประเด็นที่ต้องพัฒนาร่วมกันดังนี้

ด้านผู้รับบริการ

- ผู้ป่วยที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลแขวงจำปาสัก คืออาการหนักมาถึงด่านแบบไม่มีการประสานงานมาก่อน
- ผู้ป่วยที่ไม่ทราบประมาณการค่ารักษาพยาบาลของโรคที่เป็นไม่ทันได้เตรียมการในการเตรียมค่าใช้จ่าย เช่น เคสกรณีศึกษา ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และต้องส่งทำ PCI ทางรพ.สรรพสิทธิประสงค์แจ้งค่าใช้จ่าย ประมาณ๒๐๐,๐๐๐บาท ไม่ได้เตรียมเงินมาทำให้ต้องรอ ทำให้การส่งต่อล่าช้า
- ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องการที่จะแหวะรักษาประเมินอาการเบื้องต้นที่โรงพยาบาลสิรินธรและไม่เข้าใจระบบในการส่งต่อไปตาม node โรงพยาบาล ของจังหวัดอุบล ต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เท่านั้น

ด้านการประสานงาน

- การส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มีใบส่งต่อครบ ๑๐๐ % คือมีเป็นบางรายทำให้ไม่ทราบประวัติการรักษา
- การประสานส่งต่อเป็นการสื่อสารทางเดียว คือ ในรูปแบบแจ้งให้ทราบ ยังไม่เป็นการร่วมกันประสานการปฏิบัติงาน ไม่เกิดการร่วมแก้ไขหรือการทำเหตุการณ์บางอย่างก่อนเดินทางนำส่ง เช่น การแจ้งอาการผู้ป่วยหอบและปลายทางประเมินว่าหอบมากขอให้ใส่ท่อช่วยหายใจก่อนออกจากโรงพยาบาล ไม่ได้รับการแก้ไขก่อนออกทำให้เกิดการทรุดลงระหว่างทางและแย่งเมื่อมาถึงโรงพยาบาลสิรินธร
- การสื่อสารเขียนใบส่งต่อบางครั้งเป็นภาษาฝรั่งเศสทำให้ยุ่งยากมากในการสื่อสาร
- ขาดการสื่อสารอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างนำส่งทำให้เมื่อมาถึงด่านอาการทรุดลง
- การประสานงานกับด่าน หรือด่านกับแพทย์โรงพยาบาลยังไม่มีช่องทางหรือข้อตกลงในการปฏิบัติ
- การประสานส่งกลับข้อมูลยังไม่มีช่องทางในการส่งข้อมูลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินกับโรงหมอในพื้นที่ของสปป.ลาว

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

ด้านการออกรับผู้ป่วย

- หน่วยกู้ชีพในพื้นที่ ชัดแย้งกันในการออกรับผู้ป่วย
- พยาบาลปฏิบัติงานการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ การคัดแยกระดับความรุนแรง เพื่อประเมินหน่วยที่ออกรับ ซึ่งมีข้อจำกัดต้องใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์สูง
- ระบบ fast track ในกลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน ที่คัดกรอง สีแดงระดับ ๑ (MOPH. Triage) ยังไม่มีทำให้ต้องรอเอกสาร ผู้ป่วยทรุดลง

แนวคิด ข้อเสนอและการดำเนินงาน

จากการวิเคราะห์ระบบส่งต่อระหว่างประเทศที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น มีแนวคิดข้อเสนอออกเป็น ๒ ประเด็น

๑.การพัฒนากระบวนการร่วมกับหน่วยงานภายในอำเภอสิรินธร เช่น อำเภอสิรินธร โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิรินธร ด้านควบคุมโรคด่านช่องเม็ก ตำรวจตรวจคนเข้าเมืองช่องเม็ก หน่วยกู้ชีพในพื้นที่ ตำบลช่องเม็ก ตำรวจภูธรช่องเม็ก ด้านศุลกากรช่องเม็ก เป็นต้น หน่วยงานเหล่านี้อยู่ในคำสั่งผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นคณะกรรมการพัฒนาช่องทางเข้าระหว่างประเทศ แล้วซึ่งสามารถอ้างถึงคำสั่งนี้ ประชุมวางแผนแนวทางในประเด็นที่เกี่ยวข้องตามข้อเสนอดังนี้

- การจัดระบบการออกรับเคสผู้ป่วยฉุกเฉินโดย ให้ด้านควบคุมโรคเป็นผู้ประเมินอาการ แจ้งต่อพยาบาล หัวหน้าเวรโรงพยาบาลร่วมปรึกษาหารือเพื่อเลือกหน่วยที่เหมาะสมในการออกรับ หากประเมินแล้ว FR ออกรับได้ ซึ่งในพื้นที่มี ๒ หน่วย โรงพยาบาลสิรินธร จะแจ้งให้ FR ออกรับ โดยเลือกสลับกัน หากอาการรุนแรงใช้ ALS โรงพยาบาลสิรินธรในการออกรับ ประกันเวลาถึงหน้าด่าน ไม่เกิน ๒๐ นาที
- การประเมินอาการของพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขที่ด้านวางระบบในการปรึกษาหัวหน้าเวร โรงพยาบาลสิรินธรและแพทย์เวรโดยผ่านระบบ telemedicine (line application)
- ระบบ FAST TRACK ในการทำเอกสาร ที่ด่านช่องเม็ก ให้มีการประสานข้อมูลจาก สปป.ลาวล่วงหน้า ในเคสที่ส่งต่อตามระบบที่วางไว้ เพื่อให้มีการตรวจสอบ และรวดเร็วยิ่งขึ้น และหากผู้ป่วยมาถึงรถที่ออกรับถึงสามารถออกเดินทางได้เลยแม้เอกสารไม่เสร็จญาติสามารถกลับมาทำได้ภายใน ๒๔ ชม.(วันถัดไป)
- การประชุมร่วมทวิภาคีระหว่างโรงพยาบาลและด้านควบคุมโรคช่องเม็ก ในการวางระบบขอคำปรึกษาทางการแพทย์กับแพทย์เวรโรงพยาบาลสิรินธรกรณีไม่มั่นใจในการประเมินผู้ป่วย
- ร่วมมือทางวิชาการ การสอน ekg acLS.ซ้อมแผนเผชิญเหตุอื่นๆ ระหว่างโรงพยาบาลและด้านควบคุมโรคช่องเม็กเพื่อพัฒนาบุคลากรร่วมกัน

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวคิด ข้อเสนอและการดำเนินงาน(ต่อ)

๒.การพัฒนากระบวนการร่วมกับหน่วยงานนอกประเทศคืองานการสาธารณสุข ของแขวงจำปาสัก,สาธารณสุขเมืองโพนทอง(เมืองคู่ขนานกับอำเภอสิรินคร),โรงหมอแขวงจำปาสัก,โรงหมอเมืองโพนทอง เป็นต้น ต้องอาศัยความร่วมมือในการดำเนินการจากงานศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยร่วมเสนอแผนงานโครงการ ในการจัดประชุมความร่วมมือในการพัฒนาระบบส่งต่อระหว่างประเทศ ปี๒๕๖๗ ในการเชิญกลุ่มเป้าหมายร่วมวางแผนในการพัฒนางานร่วมกันในประเด็นตามข้อเสนอดังนี้

- เสนอให้มีการประชาสัมพันธ์ ระบบในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมาเพื่อรักษาต่อ คือ วางระบบให้เข้ารับรักษาที่โรงหมอในพื้นที่ก่อนแล้วจึงประสานส่งต่อตามระบบ
- เสนอวางระบบประสานส่งเคสกับด่านช่องเม็กเสร็จแล้วให้ประสานหัวหน้าเวรงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร หากมีการเพิ่มเติมการรักษาให้ปรึกษาหาแนวทางร่วมกันอย่างกัลยาณมิตร ดูแลผู้ป่วยให้อาการคงที่ก่อนนำส่งป้องกันการทรุดลงระหว่างทาง หากอาการเปลี่ยนแปลงสามารถขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลสิรินธรได้ แจ้งประสานเวลาตอนออก และก่อนถึง ๕ นาที ให้ทราบเพื่อด่านควบคุมโรคจะได้เตรียมพร้อมและโรงพยาบาลจะได้ทราบข้อมูลร่วมด้วย
- เสนอ ใบส่งต่อมีความจำเป็น วางแนวทางร่วมกันให้มีใบส่งต่อทุกรายโดยใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาสากลในการสื่อสาร
- เสนอให้ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประสานโรงพยาบาลแม่ข่าย ขอทราบตารางราคาการทำหัตถการการตรวจพิเศษ ที่สำคัญเพื่อแจ้งให้โรงหมอที่จะส่งมาได้ให้คำแนะนำในการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ
- ทำแผนพับประชาสัมพันธ์ระบบการส่งต่อของจังหวัดอุบลราชธานี คือการส่งไปตามระดับความสามารถของโรงพยาบาลที่สามารถทำได้โดยเป็นโซนคือ โรงพยาบาลสิรินธร จะส่งไปที่โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามแนวทางปฏิบัติที่วางไว้ และแจ้งโรงหมอที่เกี่ยวข้องให้แจ้งผู้ป่วยก่อนส่งต่อ
- ประสานความร่วมมือทางวิชาการ หากมีประชุมเชิญมาประชุมร่วมกันและมีการซ่อมแผนส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุหมู่ร่วมกัน เนื่องจากนักท่องเที่ยวชาวไทยไปเที่ยว สปป.ลาวจำนวนมาก หากเกิดเหตุจะได้ประสานการปฏิบัติได้อย่างราบรื่น
- เสนอให้เมืองโพนทองซึ่งเป็นเมืองคู่ขนานของโรงพยาบาลสิรินธร เป็นศูนย์ในการส่งข้อมูลกลับหลังผู้ป่วยกลับบ้านเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

- เป็นระบบที่ทำระหว่างประเทศมีขั้นตอนและเกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายทั้งในประเทศที่ต่างหน่วยงานและต่างประเทศ ต้องอาศัยความมุ่งมั่นตั้งใจในการดำเนินงานทุกกระบวนการพยาบาล ทั้งการปฏิบัติการวางแผนงาน ประสานงาน และการบริการ แต่ทุกข้อจำกัดก็สามารถดำเนินการไปได้โดย อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งการประสานอย่างเป็ทางการและไม่เป็นทางการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยและระบบการส่งต่อ

วัตถุประสงค์

- เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศบริเวณด่านพรมแดนถาวรช่องเม็กกับด่านสากลวังเต่า

กลุ่มเป้าหมาย

- หน่วยงานในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อำเภอสิรินคร โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิรินคร ด้านควบคุมโรคด่านช่องเม็ก ตำรวจตรวจคนเข้าเมืองช่องเม็ก หน่วยกู้ชีพในพื้นที่ตำบลช่องเม็ก ตำรวจภูธรช่องเม็ก ด้านศุลกากรช่องเม็ก
- หน่วยงานจากต่างประเทศคือ งานการสาธารณสุข ของแขวงจำปาสัก,สาธารณสุขเมืองโพนทอง(เมืองคู่ขนานกับอำเภอสิรินคร),โรงแรมแขวงจำปาสัก,โรงแรมเมืองโพนทอง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เข้าใจระบบส่งต่อของเครือข่ายสาธารณสุขของจังหวัดอุบลราชธานี
- เกิดระบบในการทำงานที่เหมาะสมผู้ปฏิบัติงานทำงานได้อย่างราบรื่น
- ลดความขัดแย้งระหว่างผู้ปฏิบัติงานเกิดเครือข่ายทีมสุขภาพที่เข้มแข็ง

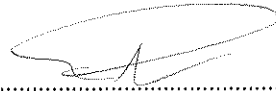
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ร้อยละของการส่งต่อผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศบริเวณด่านพรมแดนถาวรช่องเม็กกับด่านสากลวังเต่า มีการเขียนใบส่งตัวมาตามแนวทางที่วางไว้ > ๘๐ %
- ร้อยละของการส่งต่อผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศบริเวณด่านพรมแดนถาวรช่องเม็กกับด่านสากลวังเต่า มีการประสานก่อนส่งตามแนวทางที่วางไว้ > ๘๐ %

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ(ต่อ)

- ร้อยละของการส่งต่อผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างประเทศบริเวณด่านพรมแดนถาวรช่องเม็กกับด่านสากลวังเต่า ที่มีการทรุดลงระหว่างส่งต่อ < ๑๐ %

(ลงชื่อ)



(นายวรุฒิ พงษ์อุดม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๐ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง

๑. ชื่อ-สกุล นางอ้อ พรหมดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการพยาบาล) ระดับชำนาญการ
สังกัด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสิรินธร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข เงินเดือน ๕๒,๐๙๐ บาท

๒.วุฒิการศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

๓.ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการเมื่อ วันที่ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑

๔.ดำรงตำแหน่งในสายงานที่จะเข้ารับการประเมินบุคคล เมื่อ ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๑

๕.สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง ๓ ปี

ปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้มีประสบการณ์สูงด้านการพยาบาลชุมชน กลุ่มงานบริการด้าน
ปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลสิรินธร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๑ ขนาด ๓๐ เตียง เขต
รับผิดชอบจำนวน ๖ ตำบล ๗๖ หมู่บ้าน มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล ๗ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน ๑ แห่ง จำนวนประชากร ๕๕,๙๗๗ คน ทำหน้าที่ในการกำกับ แนะนำ
ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วย ผู้พิการซ้ำซ้อน ในรูปแบบ
การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้สูงอายุระยะยาวและผู้มีภาวะพึ่งพิง โรคเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคองในชุมชน โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญสูงในงาน
การพยาบาลชุมชน ทั้งการประเมิน วางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนตามมาตรฐานวิชาชีพ
เพื่อให้ได้ผลลัพธ์การดูแลเป็นไปตามเป้าหมาย ในการดูแลต่อเนื่องที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย
พัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน จนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและ
ประชาชน ตามลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่างๆ ดังนี้

๕.๑ ด้านการปฏิบัติการ

๕.๑.๑ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามมาตรฐานวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการ
เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย

๕.๑.๒ คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย และศักยภาพของครอบครัว รวบรวมข้อมูลปัญหา
และวางแผนการให้บริการพยาบาลที่บ้าน และชุมชนตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ได้รับการดูแล
ต่อเนื่องถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย

๕.๑.๓ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และในชุมชน ในฐานะหัวหน้างาน / หัวหน้าทีม โดยใช้
กระบวนการพยาบาล เฝ้าระวัง/ติดตาม ปฏิบัติการดูแล /ช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งในภาวะปกติและภาวะ
ฉุกเฉิน ประสานการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

๕.๑.๔ สนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดทักษะการดูแล
สุขภาพตนเอง สามารถป้องกันโรคหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ รวมทั้งส่งเสริมการ
จัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนเพื่อป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโดยชุมชนมีส่วนร่วม

๕.๑.๕ ประเมินผล และบันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ให้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่๑. ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)

๕.๑ ด้านการปฏิบัติการ(ต่อ)

ตามมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและปรับปรุงบริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน และในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

๕.๒ ด้านการวางแผน

๕.๒.๑ วางแผนหรือร่วมดำเนินการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ตามแผนงานหรือโครงการของหน่วยงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

๕.๒.๒ จัดเรียงลำดับความสำคัญของแผนงานโครงการ เพื่อนำเสนอทางเลือกให้แก่ผู้บริหาร

๕.๒.๓ ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ รายงานทางด้านการสาธารณสุข งานอนามัย และการพยาบาลในชุมชนที่รับผิดชอบ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง หรือส่งเสริมการสาธารณสุข งานอนามัยและการพยาบาลในชุมชนอันจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง

๕.๓ ด้านการประสานงาน

๕.๓.๑ ประสานการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย โดยมีบทบาทในการให้ความเห็น และคำแนะนำเบื้องต้นแก่สมาชิกในทีมงาน หรือหน่วยงานอื่น เพื่อให้เกิดความร่วมมือ และผลสัมฤทธิ์ตามที่กำหนดไว้

๕.๓.๒ ประสานทีมการพยาบาลชุมชน / ทีมสหสาขาวิชาชีพภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ให้ได้รับการช่วยเหลือที่รวดเร็ว ทันเวลา ตามแนวทางการส่งต่อ ให้การดูแลต่อเนื่องตามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

๕.๓.๓ ประสานแหล่งประโยชน์ เพื่อบริหารจัดการให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๕.๔ ด้านบริการ

๕.๔.๑ ให้บริการวิชาการพยาบาลที่ซับซ้อน สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ใช้บริการมีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้

๕.๔.๒ สอน นิเทศ ฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์แก่ผู้ได้บังคับบัญชา หรือบุคคลภายนอก เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๔.๓ จัดทำข้อมูล เอกสาร คู่มือ ตำรา แนวทางการปฏิบัติงานของการพยาบาลชุมชนในหน่วยงาน สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีเข้ามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร

๕.๔.๔ ส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ รณรงค์ และเผยแพร่พฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรง

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี (ต่อ)								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๑	งานบริการที่รับผิดชอบในโรงพยาบาล							
	คลินิกฝากครรภ์	คลินิก	๒	๑	๒	๑	๒	๑
	คลินิกสุขภาพ เด็กดี	คลินิก	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	คลินิกวางแผน ครอบครัว	คลินิก	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	คลินิกพัฒนาการ เด็ก	คลินิก	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	คลินิกให้ คำปรึกษาปัญหา สุขภาพ	คลินิก	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	คลินิกผู้สูงอายุ	คลินิก	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	คลินิกโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง	คลินิก	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	คลินิกควบคุมและ ป้องกันโรค (วัคซีน)	คลินิก	๑	๐.๕	๑	๐.๕	๑	๐.๕
๒	บุคลากรเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานที่รับผิดชอบ							
	พยาบาลวิชาชีพ	คน	๕	๓	๕	๓	๕	๓
	นักวิชาการ สาธารณสุข	คน	๓	๑	๓	๑	๓	๑

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี (ต่อ)								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๒	บุคลากรเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานที่รับผิดชอบ (ต่อ)							
	เจ้าพนักงาน สาธารณสุขชุมชน	คน	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	เจ้าหน้าที่บันทึก ข้อมูล	คน	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	คน	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิง (Care giver)	คน	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓
๓	ข้อมูลเครือข่ายสุขภาพในเขตรับผิดชอบ							
	จำนวน รพ.สต./ PCU ในอำเภอ	แห่ง	๘	๑	๘	๑	๘	๑
	จำนวนหมู่บ้าน (อำเภอ)/ในเขต รับผิดชอบ	หมู่บ้าน	๗๖	๑๓	๗๖	๑๓	๗๖	๑๓
	จำนวนอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อำเภอ)/ ในเขตรับผิดชอบ	คน	๙๕๓	๑๑๔	๙๕๓	๑๑๔	๙๕๓	๑๑๔
	จำนวนประชากร (อำเภอ)/ในเขต รับผิดชอบ	คน	๕๕,๐๑๒	๖,๘๖๙	๕๕,๑๘๑	๖,๙๔๕	๕๕,๙๗๗	๗,๑๒๓

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี (ต่อ)								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๓	ข้อมูลเครือข่ายสุขภาพในเขตรับผิดชอบ (ต่อ)							
	จำนวนประชากร กลุ่มปฐมวัย (๐-๕ ปี)	คน	๓,๑๓๘	๒๒๓	๓,๔๕๖	๓๐๙	๓,๘๘๕	๓๒๓
	จำนวนประชากร กลุ่มวัยเรียน (๖-๑๔ปี)	คน	๕,๗๓๒	๔๗๘	๕,๘๑๑	๕๔๘	๖,๒๙๐	๖๐๒
	จำนวนประชากร กลุ่มวัยรุ่น (๑๕-๒๐ปี)	คน	๔,๔๙๘	๔๘๒	๔,๗๐๓	๕๙๑	๔,๙๒๕	๖๐๘
	จำนวนประชากร กลุ่มวัยทำงาน (๑๖-๕๙ปี)	คน	๓๓,๘๕๗	๔,๔๙๖	๓๓,๓๑๐	๔,๓๓๙	๓๓,๐๐๒	๔,๕๖๐
	จำนวนประชากร กลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ปี ขึ้นไป)	คน	๗,๗๘๗	๑,๑๙๐	๗,๙๐๑	๑,๑๕๘	๗,๘๗๕	๑,๐๓๐
	จัดทำโครงการ แก้ไขปัญหาใน ชุมชนเขตตำบล นิคมลำไผ่น้อย	โครง การ	๒๐	๕	๒๐	๕	๑๔	๓
๔	ด้านปฏิบัติการ/การบริการในชุมชน							
	การให้บริการกลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี							
	สนับสนุนประเมิน ภาวะโภชนาการ	คน	๒๒๓	๗๔	๓๐๙	๙๘	๓๒๓	๑๑๒
	ติดตามเยี่ยมดูแล เด็กที่มีปัญหา โภชนาการ	คน	๙๗	๓๑	๘๘	๒๘	๗๘	๓๒

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๔	ด้านปฏิบัติการ/การบริการในชุมชน (ต่อ)							
	การให้บริการกลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี(ต่อ)							
	ติดตามเด็กที่ขาดนัด รับวัคซีนในชุมชน	คน	๓๖	๑๑	๔๗	๑๖	๓๒	๑๘
	เยี่ยมหลังคลอด/เด็ก แรกเกิด - ๑ ปี	คน	๕๔	๒๓	๖๑	๒๙	๕๗	๑๙
	สนับสนุนติดตาม การกินยาเสริมธาตุ เหล็กในศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก	แห่ง/คน	๓ /๗๕	๑ /๒๔	๓ /๘๑	๑ /๓๒	๓ /๗๘	๑/๒๘
	ติดตามเด็กที่มี ภาวะพร่องไทรอยด์ ฮอร์โมน	คน	๓	๓	๕	๓	๔	๒
	การให้บริการกลุ่มเด็ก ๖-๑๒ ปี							
	สนับสนุนการตรวจ สุขภาพและประเมิน ภาวะโภชนาการ นักเรียน ป.๑ - ป.๖	คน	๖๙๘	๒๕๐	๗๕๔	๓๐๖	๗๗๕	๒๘๗
	ติดตามเด็กที่มี ปัญหาภาวะ โภชนาการ	คน	๑๑	๔	๙	๓	๑๓	๗
	ฉีดวัคซีนป้องกันโรค ไวรัสโควิด-๑๙ ในนักเรียน	คน	๖๒๐	๒๘๐	๕๓๔	๒๖๕	๖๘๐	๒๓๐
	ติดตามแก้ไขปัญหา โรคอ้วนในเด็ก นักเรียน	คน/ร.ร.	๙	๖	๑๒	๔	๑๑	๕

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๔	ปฏิบัติการพยาบาล/การบริการในชุมชน (ต่อ)							
	การให้บริการกลุ่มอายุ ๑๓-๑๙ ปี							
	เป็นวิทยากรอบรม ความรู้ในเรื่องทักษะ ชีวิตและเพศวิถี ชั้น ม.๑ และ ม.๔	ครั้ง/คน	๔/๑๘๒	๒/๖๓	๔/๑๙๑	๒/๗๐	๔/๑๕๘	๒/๓๙
	สนับสนุนการ ประเมินภาวะ โภชนาการ	ครั้ง/คน	๑/๔๘๒	๑/๑๘๐	๑/๕๙๑	๑/๒๐๐	๑/๖๐๘	๑/๒๗๐
	อบรมแกนนำ เยาวชนให้มีทักษะ การป้องกันการ ตั้งครรภ์ไม่พึง ประสงค์	หมู่บ้าน/ คน	๑๓/๕๐	๓/๒๐	๑๓/๕๐	๓/๒๐	๑๓/๕๐	๓/๒๐
	สนับสนุนกิจกรรม เพื่อนใจวัยรุ่น	ครั้ง/คน	๔/๖๐	๒/๒๐	๔/๕๐	๒/๑๕	๔/๕๐	๒/๑๕
	สร้างเครือข่าย เยาวชนในชุมชน	หมู่บ้าน	๑๓	๓	๑๓	๓	๑๓	๓
	ติดตามเยี่ยมหลัง คลอดมารดาวัยรุ่น ที่ตั้งครรภ์	คน	๑๘	๙	๑๗	๑๐	๒๒	๑๓
	การให้บริการกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี							
	ตรวจคัดกรอง โรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	คน	๔,๔๙๖	๑,๓๒๐	๔,๓๓๙	๑,๒๐๐	๔,๕๖๐	๑,๓๕๐

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๔	ปฏิบัติการพยาบาล/การบริการในชุมชน (ต่อ)							
	การให้บริการกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี							
	ส่งต่อเพื่อเข้าระบบ การรักษา ผู้ป่วย เบาหวานและความ ดันโลหิตสูงรายใหม่	คน	๒๐	๒๐	๒๗	๒๗	๑๙	๑๙
	ติดตามผู้ป่วย เบาหวานและความ ดันโลหิตสูง ที่ไม่มา ตามนัดในชุมชน	คน	๑๓๘	๑๓๘	๑๑๔	๑๑๔	๙๗	๙๗
	จัดกิจกรรมปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง ในชุมชน	หมู่บ้าน	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓
	ติดตามการรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดัน โลหิตสูงในชุมชน	คน	๘๙๗	๘๙๗	๙๕๖	๙๕๖	๑,๐๗๖	๑,๐๗๖
	การให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป							
	เยี่ยมประเมิน/ให้ การพยาบาลที่บ้าน ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน	คน	๑๘๐	๑๘๐	๑๘๖	๑๘๖	๑๘๘	๑๘๘
	เยี่ยมประเมินให้การ พยาบาลมีบ้าน ผู้ป่วยระยะกลาง ในชุมชน	คน	๔๘	๑๕	๕๒	๒๐	๒๐๕	๑๘๕

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๔	ปฏิบัติการพยาบาล/การบริการในชุมชน (ต่อ)							
	เยี่ยมประเมินให้ การพยาบาลมีบ้าน ในผู้ป่วยระยะท้าย	คน	๒๓	๒๐	๓๑	๒๘	๒๔	๒๒
	ติดตามกำกับ การปฏิบัติงานของ ผู้ดูแล ตามแผนการ ดูแลเฉพาะบุคคล ในผู้ป่วยที่มีภาวะ พึ่งพิง	คน	๑๘๐	๑๘๐	๑๘๖	๑๘๖	๑๘๘	๑๘๘
	ร่วมประเมิน คัด กรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิต สูงในชุมชน	คน	๔,๕๔๘	๑,๕๑๖	๔,๖๗๒	๑,๕๕๗	๔,๗๕๑	๑,๕๘๓
	ให้บริการตรวจคัด กรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปาก มดลูก	คน	๑,๕๒๖	๓๐๕	๑,๕๑๙	๓๐๓	๑,๕๖๕	๓๑๓
	กำกับติดตาม อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการคัด กรองภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ๙ ด้าน	หมู่บ้าน/ คน	๑๓ /๑๑๔	๑๓ /๑๑๔	๑๓ /๑๑๔	๑๓ /๑๑๔	๑๓ /๑๑๔	๑๓ /๑๑๔
	ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้าน ร่วมกับทีม เยี่ยมบ้านของ โรงพยาบาลสิรินธร	ครั้ง	๙๖	๔๘	๙๖	๔๘	๙๖	๔๘

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๕	ด้านการวางแผน							
	จัดทำแผน ปฏิบัติงานประจำปี	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	ทำแผนวัสดุ- ครุภัณฑ์ประจำปี	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	ร่วมวางแผนและ จัดทำแผน ยุทธศาสตร์ โรงพยาบาล	ครั้ง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	ร่วมวางแผนการ ดำเนินงานการ พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล	ครั้ง	๔	๔	๔	๔	๔	๔
	วางแผนการนิเทศ ติดตามกระบวนการ การพยาบาล / การ ประกันคุณภาพ ทางการพยาบาล ชุมชน	ครั้ง	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	ร่วมวางแผนและ ซ่อมรับอุบัติเหตุหมู่ ระดับอำเภอ	ครั้ง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	ร่วมวางแผนในการ ให้บริการด้าน สุขภาพแก่ภาคี เครือข่ายสุขภาพ ระดับอำเภอ	ครั้ง	๔	๔	๔	๔	๔	๔

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๕	ด้านการวางแผน (ต่อ)							
	ร่วมวางแผนและ จัดทำแนวทางการ จัดบริการผู้ติดเชื้อ โคโรนาไวรัสใน ชุมชน	ครั้ง	๒	๒	๒	๒	๑	๑
	วางแผนและจัดทำ แผนการติดตาม ดูแลผู้ที่มีภาวะ ฟุ้งฟิงในชุมชน	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒
	วางแผนและจัดทำ แผนการดูแลผู้ที่มี ภาวะฟุ้งฟิง รายบุคคล	ฉบับ	๑๘๐	๙๐	๑๘๖	๙๓	๑๘๘	๙๔
๖	ด้านการประสานงาน							
	ประสานงานกับ หน่วยงานในพื้นที่ เพื่อจัดระบบการ จัดการตนเองใน การป้องกันปัญหา โรคและภัยสุขภาพ	แห่ง	๑๔	๑๔	๑๔	๑๔	๑๔	๑๔
	ประสานงานกับ หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อรับการตรวจ คัดกรองสุขภาพ ประจำปี	แห่ง	๑๔	๑๔	๑๔	๑๔	๑๔	๑๔

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๖	ด้านการประสานงาน (ต่อ)							
	ประสานงานกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย ในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อดูแล ต่อเนื่องในชุมชน	แห่ง	๕	๕	๕	๕	๕	๕
	ประสานงานกับ หน่วยงานอื่น ในโรงพยาบาล	หน่วย	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓
	ประสานงานกับ เครือข่ายบริการ สุขภาพระดับ อำเภอ	แห่ง	๘	๘	๘	๘	๘	๘
	ประสานงานกับ สถานศึกษาที่จัดส่ง นักศึกษาฝึกเพื่อฝึก ประสบการณ์	แห่ง	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๗	ด้านการบริการ							
	เป็นอาจารย์พี่เลี้ยง นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และ แพทยศาสตร์	รุ่น/คน	๕/๓๐	๕/๓๐	๓/๒๐	๓/๒๐	๒/๑๐	๒/๑๐
	เป็นวิทยากรเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวในชุมชน ร่วมกับองค์การ ปกครองส่วนท้องถิ่น	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	๑	๑

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๗	ด้านการบริการ (ต่อ)							
	นิเทศ/กำกับ ติดตาม กิจกรรมการรายงาน ความเสี่ยงในองค์กร	ครั้ง	๑๒	๔	๑๒	๔	๑๒	๔
	เป็นวิทยากรอบรม นักบริหารผู้สูงอายุ (care giver)	ครั้ง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	เป็นวิทยากรอบรม ฟื้นฟูแก่อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน	ครั้ง	๑๒	๔	๑๒	๔	๑๒	๔
	ประสานเครือข่าย สุขภาพเพื่อเยี่ยม เสริมพลังคนไข้ติด เตียงในชุมชน	ครั้ง	๖	๖	๖	๖	๖	๖
	นิเทศ กำกับติดตาม การปฏิบัติงานของ บุคลากร ในความ รับผิดชอบ	ครั้ง	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒	๑๒
	ร่วมออกนิเทศงาน ผสมผสานระดับ อำเภอ ๒ รอบๆละ ๗ แห่ง	ครั้ง/ปี	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	ร่วมกำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์และ แผนปฏิบัติการ ของหน่วยงาน	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	๑	๑

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน
๗	ด้านการบริการ (ต่อ)							
	ร่วมประชุมคณะกรรมการ กรรมการที่มนำ เฉพาะด้าน	ครั้ง/ปี	๒๘	๑๒	๒๘	๑๒	๒๘	๑๒
	จัดทำคู่มือ ปฐมนิเทศสำหรับ บุคลากรใหม่ ของ หน่วยงาน	เล่ม/ปี	๒	๒	๒	๒	๒	๒
	จัดทำเอกสารแผ่น พับ ความรู้เรื่อง การปฏิบัติตัวใน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิต สูง	ชุด/ปี	๕๐๐	๕๐๐	๓๐๐	๓๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	จัดทำเอกสาร ประกันคุณภาพการ พยาบาล (QA)งาน ฝากครรภ์	ชุด/ปี	๑	๑	๑	๑	๑	๑
	เป็นที่ปรึกษาให้ กับองค์การบริหาร ส่วนท้องถิ่นในการ จัดระบบดูแลผู้ ที่มีภาวะพึ่งพิง	ตำบล	๖	๖	๖	๖	๖	๖
	ปรับปรุงคู่มือการ ให้บริการตรวจ ครรภ์ /แนวทางส่ง ต่อผู้ป่วยเพื่อรับ การดูแลต่อเนื่องใน ชุมชน	เล่ม/ปี	๒	๒	๒	๒	๒	๒

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)								
ส่วนที่๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง(ต่อ)								
ผลงานการปฏิบัติงานย้อนหลัง ๓ ปี								
ที่	ลักษณะงาน/ กิจกรรม	หน่วย นับ	ปริมาณงาน					
			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔		ปีงบประมาณ ๒๕๖๕		ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
			หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว	หน่วย งาน	เฉพาะ ตัว
๗	ด้านการบริการ (ต่อ)							
	เป็นผู้ร่วมในการทำ วิจัยเกี่ยวกับระบบ สุขภาพพร้อมกับ หน่วยงานภายนอก	ครั้ง/ปี	๑	๑	๑	๑	๑	๑

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๒ ความรู้ในเรื่องของพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๓ ความรู้ในเรื่องของการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

๓.๔ ความรู้การใช้เครื่องมือประเมินความผิดปกติทางระบบประสาท Glasgow Coma Scale (GCS), NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE)

๓.๕ ความรู้ในเรื่องของยาและการให้สารละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ(rt-PA)

๓.๖ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

๓.๗ ความรู้ในการวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

๓.๘ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน

๓.๙ ความรู้ในเรื่องแบบแผนทางด้านสุขภาพสุขภาพของกอร์ดอน

๓.๑๐ ความรู้ในเรื่องแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy)

๓.๑๑ ความรู้ในการใช้แบบประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

๓.๑๒ ความรู้ในเรื่องของกระบวนการทางการพยาบาล

๓.๑๓ ความรู้ในเรื่องเครื่องมือประเมินการติดตามการเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน INHOMESSS

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาท ที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในระดับต้นๆและทำให้ผู้ป่วยหลงเหลือความพิการสูง ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องทางกายและความเคลื่อนไหว ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจในภาพรวมและระบบบริการทางด้านสาธารณสุขที่เพิ่มมากขึ้น มีผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมากขึ้น เกิดความแออัด ผู้ป่วยต้องรอคิวเพื่อรับการรักษา ผู้ป่วยส่งต่อกลับไป โรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้น้อย และมีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในขณะที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชนส่วนหนึ่งมีอัตราการครองเตียงต่ำ การใช้ทรัพยากรด้านการครองเตียงไม่เหมาะสม(สำนัก โรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพของประเทศ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับ บริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ได้กำหนด แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ขึ้นเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน(การพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) มีแนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม โดยมีกรอบ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายบริการ ภายใต้หลักการ“เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ”

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ที่เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ ตติยภูมิและศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูงเข้าด้วยกัน พัฒนาศักยภาพของ สถานบริการในแต่ละระดับ ให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่กำหนด เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการ ที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพ จากความสำคัญจำเป็นที่ต้องปรับระบบบริการของสถานบริการสุขภาพ ให้มีการใช้ทรัพยากรด้านการครองเตียงที่เหมาะสมของโรงพยาบาล ทั้งระดับ ตติยภูมิและระดับทุติยภูมิมีการส่งต่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิมากขึ้น ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลในปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์มีอัตราครองเตียงเกิน ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนมีอัตราครองเตียงอยู่ที่ ๗๐ เปอร์เซ็นต์ซึ่งจากการ วิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาคิดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป กว่าครึ่งเป็นโรคที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้การดูแลรักษาได้ ([https:// www.hfoc.org](https://www.hfoc.org), ๒๕๖๑) กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบาย Intermediate care service plan ขึ้น โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ซึ่งเป็นระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย (Transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติ หรือเฉียบพลัน (Acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยระยะกลางนี้มีอาการ คงที่แล้ว (Medically stable) แต่ยังคงมีความบกพร่องด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันหลงเหลืออยู่ (แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงต้องการการดูแลทางการแพทย์เพื่อฟื้นฟูสภาพพยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤติ เฉียบพลัน กึ่งวิกฤติและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน

โรงพยาบาลสิรินธร เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๓ ให้บริการ ๓๐ เตียง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆปี ในปี ๒๕๖๔ มีจำนวน ๑๒๐ ราย ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑๔ ราย และในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๒๗ ราย และมากกว่าร้อยละ ๕๐ เป็นผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่งการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันนั้น หลังความเจ็บป่วยผู้ป่วยจะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตลดลงมากอีกด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปด้วยความยากลำบากจากภาวะสุขภาพเปลี่ยนไปจากที่เคยทำได้แต่กลับทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือดูแลทั้งการปฏิบัติทางการพยาบาล การวางแผน การประสานงานและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาและบริบทชุมชน และอำนวยความสะดวกประสานงานกับแหล่งสนับสนุนอื่นๆรวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับ ๒ ราย

วัตถุประสงค์

๑.เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เป้าหมาย

- ๑.ผู้ป่วยสามารถเดินได้ด้วยตัวเอง และช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น
- ๒.ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพได้เหมาะสม
- ๓.ญาติและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณีเปรียบเทียบ ๒ ราย ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชน โดยใช้รูปแบบ INHOMESS Visit และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย โดยการประเมินปัญหาความต้องการการให้ความรู้ ทักษะในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการผู้ป่วยแต่ละราย เพื่าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การใช้ยาและเครื่องมือพิเศษต่างๆ บรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕

ทำการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๗ กันยายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๖

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๑. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ย้อนหลัง ๓ ปี
๒. เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒ ราย เนื่องจาก เป็นผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และเมื่อป่วยแล้วมีโอกาสทรุดลงและเสียชีวิตได้

๓. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาล กระบวนการพยาบาล จากเอกสาร ตำรา วิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๕. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

๕.๑ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

๕.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

๕.๓ การวางแผนการพยาบาล

๕.๔ การปฏิบัติการพยาบาล

๕.๕ การประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๖. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ความชำนาญ และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๗. สรุปผลการศึกษา

๘. เขียนรายงานการศึกษา

๙. เผยแพร่ผลงาน

กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ ชายไทย อายุ ๖๑ ปี สถานะภาพ สมรส สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ อาชีพ รับจ้างทั่วไป

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล ๕๐ นาที

อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๕ มีนาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๕.๓๐ น. ขณะกำลังก่ออิฐอยู่กลางแจ้ง รู้สึกขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว มีสูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวน ต้มสุรา ๑-๓ ครั้ง /สัปดาห์ ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นคนร่าเริง ชอบช่วยเหลือเพื่อนบ้าน มีต้มสุราบ้างอาทิตย์ ละ ๒-๓ ครั้งหลังเลิกงาน สูบบุหรี่เป็นประจำ อยู่กับภรรยา ๒ คน มีพี่น้อง ๘ คน ไม่มีใครเป็นโรคติดต่อ หรือเจ็บป่วยร้ายแรง ผู้ป่วยรายได้เพียงคนเดียว ประมาณ ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน

ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เป็นบ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ ไม่มีรั้วรอบขอบชิด บ้านแต่ละหลัง ใกล้ชิดติดกัน

ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก ๗๘ กิโลกรัม สูง ๑๗๕ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๕.๔๖ ออณหภูมิร่างกาย ๓๗.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๘/๖๕ mmHg DTX=๘๗ mg%, O๒Sat=๙๘ % Lung Clear Heart normal ๑๘๒ no murmur and soft motor Left upper gr๓ lower gr๒ motor Right side gr๕ left facial palsy dysarthria moderate E๔ V๕ M๖ แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic stroke เวลา ๑๖.๒๓ น. และได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๗.๑๗ น.

ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นเวลา ๓ วัน และได้จำหน่ายกลับเพื่อดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๓.๐๐ น. ด้วยอาการรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดไม่ชัด ปากซ้ายเบี้ยว แขนขาซ้ายยังอ่อนแรง ประเมินสัญญาณชีพ ออณหภูมิร่างกาย ๓๗.๒ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๒/๗๖ mmHg motor power motor Left upper gr๔ lower gr ๔ left facial palsy E๔V๕M๖

หลังจำหน่าย พยาบาลลงเยี่ยมประเมินสภาพให้การดูแลตามสภาพปัญหาบนพื้นฐานบริบทของ ผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ได้วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพและชุมชน โรงพยาบาลสิรินธร ได้กำหนดแผนการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ และให้การพยาบาลแบบองค์รวม ๕ ครั้ง ร่วมกับครอบครัวและชุมชน โดยใช้รูปแบบของ INHOMESSเป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผู้ป่วยจนครบ ๖ เดือน ประเมิน Barthel index

๑๗ คะแนน

กรณีศึกษารายที่ ๒ ชายไทย อายุ ๖๘ ปี สถานะภาพ สมรส สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ อาชีพ ประมง(ตามแหล่งน้ำตามธรรมชาติ)

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แขนขาขวาอ่อนแรง ก่อนมาโรงพยาบาล ๕ ชั่วโมง

อาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ๕ มีนาคม ๒๕๖๕ เวลาประมาณ ๑๑.๐๐น. หลังดื่มสุรา อาหารแล้วนอน ญาติไปปลุก มีอาการถามตอบไม่รู้เรื่อง มีอาเจียนและอุจจาระราด แขนขาขวาอ่อนแรง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นผู้พิการทางการได้ยิน ปกติเป็นคนเจียบๆ ไม่ค่อยพูด ปฏิเสธการมีโรคประจำตัว มีสูบบุหรี่วันละ ๒-๓ มวน ดื่มสุราขาวทุกวัน วันละประมาณ ๑ แก้ว ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และการผ่าตัด มีประวัติเคยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ด้วยอาการมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ.๒๕๖๕

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มีพี่น้อง ๕ คน มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ๑ คน มีบุตร ๓ คน อยู่ต่างพื้นที่ ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและหลานสาวอายุ ๑๕ ปี ๑ คน มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ และขายปลา ประมาณ ๘,๐๐๐ บาทต่อเดือน

ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ที่พักอาศัยเป็นบ้านไม้ ใต้ถุนยกสูงประมาณหนึ่งเมตร สภาพมั่นคง แข็งแรง บ้านตั้งอยู่ชายเขื่อนเป็นบ้านครึ่งปูนครึ่งไม้ ไม่มีรั้วรอบขอบชิด บ้านแต่ละหลังมีบริเวณบ้านใกล้กัน

ตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก ๔๘ กิโลกรัม สูง ๑๕๔ เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย ๒๐.๒๕ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๒๐๐/๑๐๗ mmHg DTX= ๑๒๘ mg%, O๒Sat=๙๘ %, Lung Clear, Heart normal breath sound no murmur, motor power Left side grad ๕ both, Right side grad ๒, Right facial palsy, GCS= E๔ V๓ M๖ แพทย์วินิจฉัย Acute Ischemic stroke whit Hypertension และได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลวชิรพยาบาลวันที่ ๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๔๕ น.

ได้รับการตรวจ CT scan พบมีเลือดออกในสมอง จึงส่งคนไข้เพื่อรับการรักษาคือที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นเวลา ๒๔ วัน จึงได้จำหน่ายกลับบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๑๖.๐๐ น. ด้วยอาการรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดไม่ชัด ปากขวาเบี้ยว ยังมีอาการอ่อนแรงข้างขวา ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๒/๘๑ mmHg, motor power Left grad Both,

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

Right grad ๔, Right facial palsy, E๔V๒M๕

หลังจำหน่ายพยาบาล ลงเยี่ยมติดตามประเมินอาการและวางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อจัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพ โดยมีผู้ดูแลในระบบ(Care giver) ร่วมกับครอบครัวเป็นผู้สนับสนุน โรงพยาบาลสิรินธร ได้กำหนดแผนการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่บ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ และให้การพยาบาลแบบองค์รวม ๕ ครั้ง โดยใช้รูปแบบของ INHOMESSเป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผู้ป่วย จนครบ ๖ เดือน ประเมิน Barthel index

๑๕คะแนน

สรุป

ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในชุมชนมีความสำคัญที่สุดในการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตภาพในการดูแลตนเองได้มากที่สุด

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กรณีศึกษาทั้งสองรายมีพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมองแตกต่างกัน โดยรายที่ ๑ เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีตัน ส่วนรายที่ ๒ เป็นชนิดหลอดเลือดในสมองแตกซึ่ง มีโอกาสเสียชีวิตได้จากปัจจัยความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน ทั้งสองรายได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร ได้รับการประเมินสภาวะโรคเบื้องต้น และส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้ถูกต้องตามมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนพ้นระยะวิกฤต จึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปรักษาและฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้าน ทีมรักษาพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลสิรินธรได้วางแผนการรักษาและติดตามผู้ป่วยทั้งสองตามกระบวนการพยาบาล จนครบระยะเวลา ๖ เดือน ผลการรักษาผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการตระหนักรู้ต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate care)ในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการใช้กระบวนการทางการพยาบาลร่วมกับแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลและปฏิบัติการ ส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากโรคไม่กลายเป็นผู้พิการทุพพลภาพ สามารถปฏิบัติชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายกลับมาฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถฟื้นคืนสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดความพิการ ลดการพึ่งพิงบุคคลอื่น

๒. การพัฒนาศักยภาพของชุมชน เพื่อให้สามารถเรียนรู้ เข้าใจ เกิดความเชื่อและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ชุมชนเข้มแข็งในด้านสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

๓.เป็นแนวทางในการจัดโครงการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน พยาบาลต้องใช้ทักษะและความรู้ความสามารถอย่างสูงในการวางแผนจัดบริการด้านการพยาบาลในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล การทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพได้ครบถ้วน ถูกต้องตามหลักการและครอบคลุมทุกด้านในการดูแลแบบองค์รวม การสร้างทีมในชุมชนเพื่อเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการประสานงานกับหน่วยงานองค์กรเครือข่ายต่างๆเพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม สนับสนุนทรัพยากรแก่ผู้ป่วยและชุมชนให้ครอบครัวและชุมชนสามารถจัดระบบการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากการศึกษารายกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองรายนี้ พบว่า

๑.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงโดยเป็นผู้สูงอายุ และมีภาวะไขมันในเลือดสูงกับภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยซึ่งอาจจะเกิดขึ้นก่อนหน้าที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ยังไม่แสดงอาการใดๆ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ตลอดจนการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกายที่เป็นกายบริหาร มีความเชื่อว่าการทำงานโดยใช้กำลังในการประกอบอาชีพคือการออกกำลังกาย รวมทั้งมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอทำเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นทำให้เกิดโรค

๒.ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลต้องไปทำงานในช่วงกลางวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่เพียงลำพัง ส่งผลต่อการทำกิจกรรมฟื้นฟูที่ขาดความต่อเนื่องในบางวัน

๓.การสร้างกระบวนการเรียนรู้และการดูแลตนเองมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีความบกพร่องในเรื่องของการคิด การจำ ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนาระบบการคัดกรองเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ครอบคลุม ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ปีขึ้นไป โดยการบูรณาการร่วมกับการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนประจำปี ซึ่งมีการดำเนินการอยู่แล้ว

๒. เสนอให้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ต่อตนเอง การสังเกตเฝ้าระวัง การป้องกันตนเองจากการเกิดโรค อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

๓. การเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่งอบรมการพยาบาลเฉพาะทางในสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๔. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากชุมชน เพื่อให้เข้าถึงระบบการรักษาได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๕. การพัฒนา ส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงในชุมชนให้สามารถให้การดูแลและทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และจัดให้มีระบบพี่เลี้ยงในชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในกรณีที่ไม่มีผู้ดูแลหลัก ตามบริบทและข้อตกลงร่วมกันของชุมชน

๖. สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็นในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้เพียงพอ ตามความเหมาะสม

๗. พัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนแต่ละหมู่บ้าน ให้เป็นสถานีสุขภาพ (Health Station) เพื่อจัดระบบบริการที่เชื่อมต่อไปยังสถานบริการสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น และมีศักยภาพในการส่งเสริมป้องกัน ดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งการรักษาและฟื้นฟูสภาพในเบื้องต้นโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

๘. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง ผ่านระบบ ๑๖๖๙

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงาน รูปแบบ oral presentation ในการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” จัดโดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ณ ห้องประชุม ชั้น ๓ ตึกกาญจนาภิเษก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐น.- ๑๗.๐๐น.

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน: ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ ๑๐๐

๑) นางอ้อ พรหมดี สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

๒).....

๓).....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางอ้อ พรหมดี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

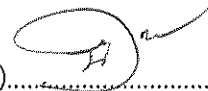
(วันที่) ๙ เดือน มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางอ้อ พรหมดี	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายนิเวศ พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) ๙ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายวรุตม์ เกตุศิริ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่) ๙ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke, Cerebrovascular Disease)เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเร่งด่วนของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยให้เสียชีวิตหรือพิการ ทุพพลภาพ(Sedova, P.& et.al.,๒๐๒๑; ปริมาณ คลังพระศรี,๒๕๖๒) เมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว จะเกิดผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคลและครอบครัวนั้นๆอย่างมาก ทำให้การดำเนินชีวิตเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทั้งยังส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทำให้ภาครัฐยังต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในแต่ละปีเพิ่มขึ้น เนื่องจากอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก(WHO) ปี๒๕๖๒ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่๑๒.๒ ล้านคน และเสียชีวิต๖.๕ล้านคน สำหรับประเทศไทยในพบข้อมูลรายจากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ๓๔,๕๔๕คน คิดเป็นอัตราตาย ๕๓ ต่อประชากรแสนคน แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ๕๘ เพศหญิงร้อยละ๔๒ ในจำนวนนี้ร้อยละ๖๙ เป็นผู้ที่มียุมากกว่า๖๐ปี นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี ๒๖๖๑-๒๕๖๔พบอัตราผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคน เท่ากับ ๔๗, ๕๓, ๕๘ และ ๖๔ ตามลำดับ และมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรหนึ่งแสนคน ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ เท่ากับ ๔๗, ๔๘ และ๕๓ ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง ๓๔๙,๑๒๖ ราย เสียชีวิต ๓๖,๒๑๔ราย โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ ๑ ของประเทศไทย จังหวัดอุบลราชธานี มีรายงานการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองคิดต่อจำนวนประชากรหนึ่งแสนคน ในปี๒๕๖๓-๒๕๖๖ เท่ากับ ๓๙.๘๕, ๔๓.๔๓, ๕๖.๖๘และ๕๖.๑๒ ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๖ พบอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เท่ากับ ๒๐๗.๑๓คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในลำดับที่๕

โรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพิการทุพพลภาพ เกิดเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิต และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งระบบสุขภาพ เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดการทำลายหรือตายของเนื้อสมอง ซึ่งสมองทำงานโดยอาศัยพลังงานจากน้ำตาลกลูโคสและออกซิเจนที่อยู่ในกระแสเลือดโดยสูบฉีดมาจากหัวใจผ่านไปทางหลอดเลือดสมอง ดังนั้นเมื่อเกิดความผิดปกติของหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายตามมา สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกัน เมื่อสมองส่วนหนึ่งเกิดการขาดเลือดหรือถูกกดเบียดจะส่งผลให้เกิดอาการทางระบบประสาท ที่ร่างกายจะแสดงออกมาเช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ ปวดศีรษะ ปากเบี้ยว พูดสื่อสารสับสน ผิดปกติ สูญเสียการทรงตัว ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นทันทีทันใด ภาวะผิดปกติที่เกิดกับหลอดเลือดในสมอง แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. กลุ่มที่สมองขาดเลือด พบประมาณ ๘๐-๙๐% เป็นภาวะที่ไม่มีเลือดไปเลี้ยงสมอง อาจเกิดจากหลอดเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดตีบ

๒. กลุ่มที่มีเลือดออกในสมอง พบประมาณ ๑๕-๒๐ % เป็นภาวะที่มีเลือดออกในสมอง ซึ่งเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยในสมอง และอีกประมาณ ๕% เป็นลักษณะของหลอดเลือดโป่งพองแล้วแตก เลือดที่ออกจะกดเบียดเนื้อสมองโดยรอบ ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองได้ ทำให้เซลล์สมองขาดเลือดจนเซลล์สมองได้รับความเสียหาย การทำงานของสมองหยุดชะงักถือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและเป็นภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันที่และเหมาะสมเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการทุพพลภาพ

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มักพบในคนที่มีปัจจัยเสี่ยงเสี่ยงมากอยู่แล้ว เช่นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีภาวะไขมันในเลือดสูงและการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ในคนที่ชอบดื่มเครื่องดื่มที่แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย กินอาหารที่มีไขมันสูง กินรสหวานจัด เค็มจัดและมีภาวะเครียดสะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ (สืบค้นได้จาก <https://nbt6hd.go.th> >category>detail) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการเฝ้าระวังโดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง จะทำให้บุคคลรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงของตนเอง รับรู้ต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิต ซึ่งจะป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ การคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองเป็นกระบวนการที่สำคัญในการค้นหาผู้ป่วยและการป้องกันการเกิดโรคเบื้องต้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ องค์การหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) ได้กำหนดให้วันที่ ๒๙ ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันหลอดเลือดสมองโลก โดยประเด็นการรณรงค์ในปี ๒๕๖๖ คือ Together we are #GreaterThan Stroke : ร่วมมือกันป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนสร้างความตระหนักรู้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชนเพื่อเป็นการรณรงค์ป้องกันการเกิดโรค องค์การอนามัยโลกได้กำหนดประเด็นสำคัญในการรณรงค์แก่ประชาชนให้ตระหนักและร่วมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นการให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค แนวทางการรับบริการเมื่อพบอาการเตือนของโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการดูแลป้องกันลดปัจจัยเสี่ยง วิธีการค้นหา ๒ วิธีหลักสำคัญคือ

๑. ระดับปฐมภูมิ เป็นการค้นหาเชิงรุก(Active case finding) ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ฯลฯ ด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพในกลุ่มประชากรอายุ ๓๕ปี ขึ้นไป ในชุมชน ปีละ ๑ ครั้ง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรม

๒. ระดับทุติยภูมิ เป็นการค้นหาแบบตั้งรับ(Passive case finding) เป็นการตรวจคัดกรองในผู้มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการตรวจคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการเพื่อป้องกันในคนที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการคัดกรองที่นิยมใช้มากที่สุดได้แก่การใช้แบบคัดกรองประกอบการซักประวัติอาการและอาการแสดง แล้วนำผลมาวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นตามมาถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว

อำเภอสิรินธรพบข้อมูลผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลสิรินธรด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ มีจำนวน ๑๐๙, ๑๒๐, ๑๑๔ และ ๑๒๗คน อัตราการเกิดโรค รายใหม่เท่ากับ ๕.๒๔, ๕.๔๐, ๕.๒๗ และ ๕.๔๘ ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ ๑.๐๐, ๑.๒๔, ๑.๑๓ และ ๑.๑๑ ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ(ข้อมูลจากโปรแกรมHDC) โดยผู้ป่วยร้อยละ ๔๖ มีอายุระหว่าง ๔๐- ๖๐ปี ซึ่งเป็นช่วงที่อยู่ในวัยทำงาน บางคนรับรู้ว่ามี ความเสี่ยง แต่ขาดความรู้ความตระหนักต่อการเกิดโรค ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการแสดงของ โรคแล้ว และมีอาการเริ่มรุนแรง ถึงขั้นอาการรุนแรงมาก จึงมาโรงพยาบาล รวมทั้งยังมีผู้ป่วยบางคนที่ ไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาและดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข ในยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) ในปี ๒๕๖๗ อำเภอสิรินธรจึงได้จัดทำ โครงการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมองแบบเชิงรุก (Active case finding) โดยการพัฒนากระบวนการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองในชุมชน เพิ่มกิจกรรมการคัดกรองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวานความดันโลหิตสูงโดยมีเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นพี่เลี้ยง มีสมาชิกในครอบครัว และชุมชนเป็นผู้สนับสนุน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องโรค รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ในกลุ่ม เสี่ยง เป็นการควบคุมความเสี่ยง และป้องกันการเกิด โรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง มีความรู้ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมอง อาการเบื้องต้นที่ต้องเฝ้าระวัง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบในชุมชนได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย ดูแล รักษา ได้ทันเวลา
๓. เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดสมอง สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้ครอบคลุมและส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาได้ ทันเวลา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชุมชน จำเป็นต้อง มีความรู้เรื่องโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง มี ประสบการณ์และทักษะในการคัดกรองโรค ตลอดจนการหาวิธีการป้องกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการส่งต่อการรักษา อย่างเป็นระบบ จึงจะทำให้กลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือด สมองได้รับการคัดกรองค้นหาอย่างครอบคลุม และส่งต่อการรักษาได้ทันเวลาและเหมาะสม การ คัดกรองที่มีประสิทธิภาพ สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างครอบคลุม ป้องกันการเกิดความพิการ การเสียชีวิต ในชุมชน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ลดการเกิดความ พิการ ภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ ในการดำเนินการพัฒนาระบบบริการ การคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีระบบ เอาความรู้เรื่องระบบ

เข้ามาเป็นกรอบในการค้นหาปัญหา และกำหนดวิธีการแก้ไขและแนวคิดเชิงระบบช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งประกอบด้วย Input, Process, Output/ Product, Feedback นอกจากนี้ยังได้นำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดในการดำเนินการ ซึ่งมีองค์ประกอบพื้นฐาน คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวคิดในการปฏิบัติเพื่อประเมินคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ ดังนี้

๑.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค(perceived susceptibility) กลุ่มโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ข้อมูล ความรู้ การประเมินคัดกรองและแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๒.การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เมื่อกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อตัวเอง ครอบครัว ชุมชน จะทำให้เกิดความร่วมมือในการเข้ารับการประเมินคัดกรองและปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน

๓.การรับรู้ถึงประโยชน์ของการประเมินคัดกรอง การดูแลรักษาและการป้องกัน เมื่อทราบว่า การปฏิบัติตัวตามแนวทางปฏิบัติ เป็นการเพิ่มความปลอดภัยจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นการส่งเสริมให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น

๔.การรับรู้ต่ออุปสรรค (perceived barriers) การเดินทางไปรับบริการประเมินคัดกรอง เป็นการเดินทาง การดำเนินการที่ยุ่งยาก ใช้เวลา และเสียค่าใช้จ่าย

จากทฤษฎีเมื่อนำมาเป็นแนวคิด พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการประเมินคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการประเมินคัดกรองโรค การป้องกันโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุขออกให้บริการเชิงรุกกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เครื่องมือใช้แบบคัดกรองตามแบบฟอร์ม check list stroke ชักประวัติอาการและอาการแสดง ได้แก่ แขนขาชา และอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยวขณะยิ้ม หรือยักฟัน ฟุดผิปกติ ฟุดซ้ำ ฟุดไม่ชัด หรือฟุดไม่ได้ ตามองเห็นภาพซ้อน ตามัว เดินเซ ปวดศีรษะรุนแรง โดยใช้การเน้นย้ำที่จำได้ง่าย คือ “อ่อนแรงแขนขา มึนชาตามัว หน้าเบี้ยว เวียนหัว ลิ่นรัว เดินเซ ”อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นในทันที ประวัติ และการตรวจร่างกาย ถ้ามีอาการแสดง ๑ อาการ จากทั้งหมด ๖ อาการ ให้สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง(stroke) ให้รีบโทรแจ้ง ๑๖๖๙ เพื่อนำส่งโรงพยาบาลทันที

ขั้นตอนดำเนินงานและกิจกรรม ประกอบด้วย

๑. สร้างทีม แต่งตั้งคณะทำงานทุกระดับ กำหนดบทบาทหน้าที่ตามเขตรับผิดชอบของอำเภอ สิรินครประชุมชี้แจงรายละเอียดกิจกรรมแก่ทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง

๒.พัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ดูแล เครือข่ายในชุมชน โดยการจัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่องความรู้เรื่องโรค ทักษะการประเมินกลุ่มเสี่ยงโดยการใช้เครื่องมือในการคัดกรอง ทักษะการใช้อุปกรณ์สื่อสารผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์เคลื่อนที่ จัดเตรียมสื่อการสอน ทำแบบคัดกรอง

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการอบรม

๓. วาระระบบ โดยจัดทำแนวทางปฏิบัติ(guideline) รูปแบบการดำเนินงาน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ระบบการสนับสนุน (คน เงิน ของ)

๔. การดำเนินการและกำกับติดตาม นิเทศงาน จัดทำแผนแผนปฏิบัติการในทุกพื้นที่ของอำเภอสิรินธรร่วมกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนตามบริบทของแต่ละพื้นที่ รวมทั้งติดตามเคาะประตูกลุ่มเสี่ยงในรายที่ไม่สามารถเข้ารับการคัดกรองตามจุดนัดหมายได้ เพื่อความครอบคลุม และจัดทำแผนการติดตามเยี่ยมเสริมพลังในชุมชน เพื่อชื่นชม สร้างขวัญกำลังใจให้เกิดการขับเคลื่อนงาน

๕. ประเมินผล ค้นหาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะและหาโอกาสพัฒนาต่อเนื่อง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน มีความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๒. กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจประเมินคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมมากขึ้นและเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว

๓. ลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

๕. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีศักยภาพในการประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

๖. ญาติและชุมชนเข้าใจยอมรับผู้ป่วย สามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่อำเภอสิรินธร < ร้อยละ ๕

๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ภายใน ๓ ชั่วโมง > ร้อยละ ๙๕

๓. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ > ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)

(นางอ้อ พรหมดี)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

วันที่ ๙ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๗

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การทำงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสูง ทั้งด้านการบริหาร บริการ วิชาการ ระเบียบวิธีวิจัย การประสานและกำกับติดตาม บริหารจัดการงานให้งานบรรลุเป้าหมาย องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการศึกษา ประกอบด้วย

๓.๑ ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

๓.๒ การประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุได้เป็น ๓ กลุ่ม ตามความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไร จะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีอาการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

๓.๓ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนน และตามหลักเกณฑ์

๓.๔ การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายความว่า การดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือสถานบริการสาธารณสุข

๓.๕ แนวคิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น องค์ประกอบของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความสำคัญของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลวิธีและเทคนิคการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

๓.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นต้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรประเทศไทย และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการแพทย์ ทำให้อัตราการเพิ่มประชากรลดลง ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) นำไปสู่ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ๖ อันดับ ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง ร้อยละ ๕๓.๒, ๑๙,๑๘.๑, ๔.๖, ๒.๖ และ ๑.๖ ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคมักจะประสบปัญหาต่อสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการ โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ควบคู่ไปกับการเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือจากบริการด้านสุขภาพและสังคมเพิ่มขึ้น

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ในปี ๒๕๖๔ พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๒๒.๓ และร้อยละ ๕๖.๕ เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ร้อยละ ๒๙.๙ เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และร้อยละ ๑๓.๖ เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปี ขึ้นไป) จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่องการจัดบริการในชุมชนโดยสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก

การจัดบริการโดยบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ และพื้นที่ที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาวมีการอาศัยต้นทุนหรือทรัพยากรในชุมชนและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชี้ให้เห็นถึงความสำคัญ และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นในอนาคตของสังคมไทย ซึ่งจำเป็นต้องมีการเตรียมระบบการดูแลสุขภาพของประชากรสูงวัย โดยนำไปสู่ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดนโยบายที่สำคัญของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีการบรรจุวาระการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีมิติที่สำคัญร่วมกัน คือ ให้อำเภอมีหน้าที่ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๒๘๖,๐๙๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๔๒ ของประชากรกลางปี (ข้อมูลภาวะสุขภาพ สสจ.อุบลราชธานี, ๒๕๖๕) อำเภอสิรินธร มีประชากรผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ จำนวน ๕,๘๑๓ คน, ๖,๐๒๔ คน, ๖,๘๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๓๒, ๑๖.๑๐ และ ๑๗.๒๒ ตามลำดับของประชากรทั้งหมดและมีแนวโน้มที่สูงขึ้น การที่สังคมไทยมีโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเกินร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลภาวะสุขภาพ สสจ.อำเภอสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี, ๒๕๖๕) สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่ออุบัติเหตุเนื่องจากวัยสูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่กลายเป็นปัญหาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็น ที่จะต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระดูกและข้อเสื่อม เป็นต้น ในส่วนของภาวะเสี่ยงต่ออุบัติเหตุและภาวะทุพพลภาพนั้นมีเหตุเนื่องจากสุขภาพเสื่อมถอยตามวัย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลง และต้องการดูแลจากผู้อื่นในเรื่องกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันด้านอื่นๆ เพื่อการดำรงชีพมากยิ่งขึ้น

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ จังหวัดอุบลราชธานี ได้มีการนำนโยบายระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มาจัดบริการในพื้นที่เน้นการพัฒนาจากทางสังคมและทรัพยากรที่มีในพื้นที่ โดยเริ่มจากการส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานเข้าร่วมอบรมเป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุรองรับการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จากผลการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิงโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์ธอล เอดีแอล (Barthel ADL index) ร้อยละ ๒.๔๔ พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓๓ รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ ๒๐ และอื่นๆ ได้แก่ พิการทางการเคลื่อนไหวจากอุบัติเหตุ และชราคิดเป็น ร้อยละ ๒๖.๖๖ จากสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและการตอบรับนโยบายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ในการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้าน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สังคมที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาบริการดูแลต่อเนื่อง

คำถามการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุมากกว่าหรือเท่ากับหกสิบปีบริบูรณ์และมีสัญชาติไทย

กลุ่มผู้สูงอายุ จำแนกออกเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มติดสังคม หมายถึงผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและสามารถอยู่ตามลำพังได้, กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในชีวิตประจำวัน, กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ รักษาพยาบาลและสวัสดิการสังคม

รูปแบบ หมายถึง กระบวนการในการการสร้างรูปแบบและการประเมินความเหมาะสมและการหาคุณภาพของรูปแบบเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งประกอบด้วย การวางแผนการปฏิบัติงาน การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน

การดูแลระยะยาว หมายถึง การดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ภาวะที่ต้องการช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ) มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต ความจำเสื่อม อุบัติเหตุ รวมถึงผู้สูงอายุ คนพิการ ให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด (Independent ADL) ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จึงเป็นการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโดยให้ชุมชนและสังคม มีส่วนร่วม

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลสุขภาพสุขภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนาและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมได้บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยราชการ(พมจ.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในหมู่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกาย ใจและคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินจากแบบประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ในกลุ่มที่ ๒-๓ (๕-๑๑ คะแนน) และกลุ่มที่ ๔ (น้อยกว่า ๔ คะแนน)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น เครือข่ายในชุมชน ในการร่วมคิดและร่วมดำเนินงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ในทุกขั้นตอนทั้งด้านการวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เครือข่ายในชุมชน หมายถึง บุคลากร เจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีความเกี่ยวข้องกับพื้นที่เขตอำเภอสิรินธร ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้านและคณะกรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นักบริหาร ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุและประชาชนที่จะร่วมพัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, ๑๙๘๘) McTaggart ประกอบด้วย ๒ ระยะ แต่ละระยะมี ๔ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

๑. ผู้วิจัยประสานข้อมูลกับผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร เพื่อดำเนินการวิจัย

๒. คัดเลือกพื้นที่ กำหนดประชากรกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๓. ผู้วิจัยแนะนำตัว กับกลุ่มตัวอย่าง ก่อนทำการเก็บข้อมูลและขออนุญาตทำการเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจงให้ทราบถึง สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมงานวิจัย มีการอธิบายเรื่องการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการพูดคุย และบอกเล่าประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ศึกษาจะถูกปกปิดเป็นความลับ ซึ่งผู้ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ ไม่เปิดเผยแหล่งที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคล และถ้าผู้เข้าร่วมงานวิจัยรู้สึกอึดอัดที่จะตอบแบบสัมภาษณ์ สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยในส่วนที่เป็นข้อสรุป และการอภิปรายผลจะแสดงเป็นภาพรวมทั้งหมด เพื่อประโยชน์เชิงวิชาการเท่านั้น และจะเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นเวลา ๑ ปี หลังจากนั้นจะถูกนำไปทำลาย

๔. ผู้วิจัยอบรมบุคลากรสาธารณสุข (Care manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในการใช้แบบบันทึกการเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และคัดกรองประชากรกลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงการเก็บข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย (ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานวิจัย การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ)

ขั้นดำเนินการวิจัย

ระยะที่ ๑ วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย

๑. การวางแผน (planning) การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การนำเสนอปัญหาและการสะท้อนข้อมูลการจัดบริการดูแลระยะยาว

๒. ดำเนินงานตามแผน (action) ดำเนินกิจกรรมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง ๔ องค์ประกอบ (The Chronic Care Model: CCM) ซึ่งพัฒนาโดย Wagner, Bodenheimer and Grumbach ได้แก่ ๑) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

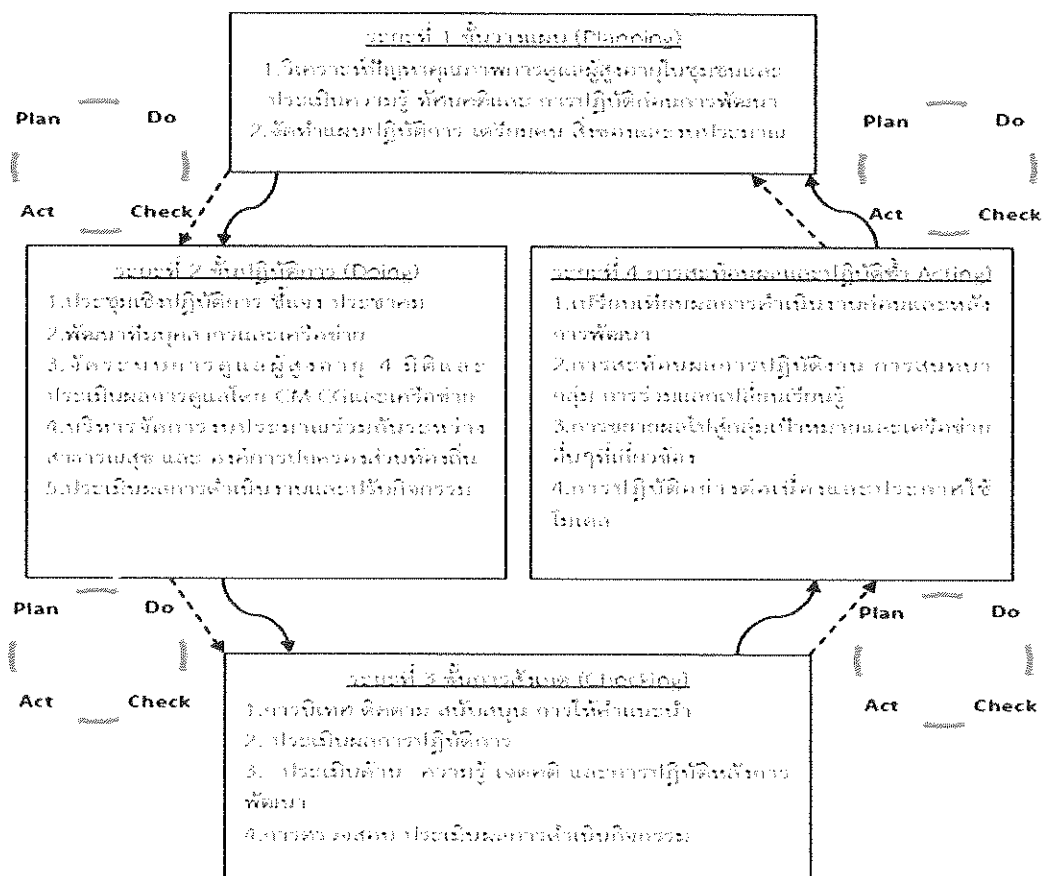
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๒) การออกแบบระบบบริการ (delivery system design) ๓) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) ๔) การใช้ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (community resource and policy)

๓. การสังเกต (observation) และ

๔. การสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection)

ระยะที่ ๒ จากการสะท้อนผลการปฏิบัติระยะที่ ๑ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีประสิทธิภาพ สามารถสรุปผลการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงออกเป็นชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีกรอบแนวคิดการดำเนินงานดังต่อไปนี้



๔.๓ เป้าหมายของงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลหลัก ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และผู้จัดการผู้สูงอายุ จำนวน ๕๓ คน โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ โดยการศึกษาสถานการณ์ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบ มีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานีอุบลราชธานี มี ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ข้อมูลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ ๒ กำหนดนโยบายในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขั้นตอนที่ ๓ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเริ่มจากการพัฒนาบุคลากร ภาควิชาที่ ๔ เป็นแกนนำ (CM,CG) พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศ ขั้นตอนที่ ๔ ติดตาม ผลการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ ๕ ประเมินผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ ๖ สรุปและถอดบทเรียนกิจกรรมการดำเนินเพื่อปรับเปลี่ยนให้ยั่งยืนและขยายผลการปฏิบัติงาน กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำไปขยายผลต่อให้พื้นที่อำเภอใกล้เคียง หรือจังหวัดอุบลราชธานี หรือเขตสุขภาพที่ ๑๐ ได้ใช้ประโยชน์ต่อไป

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้มีความซับซ้อนและหลากหลายกิจกรรม

๑. ต้องใช้ความอดทน วิริยะอุตสาหะอย่างมากในการค้นคว้าตำรา เอกสารทางวิชาการ เพื่อทบทวนวรรณกรรม และดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และการติดต่อประสานงานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และชุมชน

๒. ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์อย่างสูงในทางวิชาการเฉพาะทางผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความรู้ เข้าถึง เข้าใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาค้นคว้าต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัย การรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลที่สอดคล้องกัน

๓. การออกเยี่ยมบ้าน และประเมินสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านผู้สูงอายุ และเก็บข้อมูล ทีมผู้วิจัยต้องแนะนำ กำกับ ติดตามการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลานาน

๓.แบบแสดงการสรุปผลงาน

ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

- กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม และผู้ดูแลที่ใกล้ชิด
- การเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีปัญหาเรื่องการได้ยิน ต้องใช้เวลานานในการเก็บ

ข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๙.๑.๑ ควรมีระยะเวลาในการศึกษานานขึ้น เพื่อศึกษาติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ให้เห็นผลลัพธ์ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

๙.๑.๒ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีความสอดคล้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกระทรวงสาธารณสุข และทิศทางการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของรัฐบาล จึงควรส่งเสริมให้มีการขยายผลการใช้รูปแบบอย่างจริงจัง และกว้างมากขึ้น

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๙.๒.๑ ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบอื่นเพื่อดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

๙.๓ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย(ต่อ)

๙.๓.๑ ควรทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ครอบคลุม ทุกมิติแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม เพื่อดูให้เกิดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพต่อไปนำเสนอเผยแพร่ผลงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างผลงานวิชาการเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ประจำปี ๒๕๖๖ ในวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๖ ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

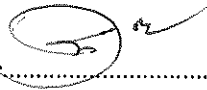
อยู่ระหว่างการดำเนินการ

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑.) นายนิเวส พุ่มจันทร์

สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ...

(นายนิเวส พุ่มจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นายนิเวศ พุ่มจันทร์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายวรุตม์ เกตุสิริ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๗

(ลงชื่อ).....

(นายวรุตม์ เกตุสิริ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง S A ๓ E model

๒.หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันการพัฒนาทางด้านความรู้และเทคโนโลยีของวงการแพทย์ไทยก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ประชากรของไทยมีอายุยืนและคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการค้นพบแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่หลากหลาย สามารถป้องกันการเกิดโรครวมถึงรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้เป็นอย่างดี ด้านสาธารณสุขของไทยจึงกำหนดนโยบายสำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างไร้รอยต่อ ส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงซึ่งมักพบว่าเกิดปัญหาเรื่องแผลกดทับ เชื้อรา รังสูลักษณะของผู้ป่วย รวมถึงการถูกทอดทิ้งหรือปล่อยปละละเลยจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น การออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นำบริการทางการแพทย์ พึ่งพาป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้เข้าสู่ทุกวัยอย่างทั่วถึงทุกชุมชน

การเยี่ยมบ้าน(Home visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์และสหวิชาชีพ จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ไม่ใช่การพยายามกำจัดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือ พยายามลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล หรือ ลดภาระงานของแพทย์และพยาบาล (ผศ.สายพิน หัตถิรัตน์ และคณะ.๒๕๕๙)

ด้านการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก และการเยี่ยมบ้านของทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสิรินธร อำเภอสรินธร์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ายังมีรูปแบบในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการดำเนินงาน ทีมสหวิชาชีพมีประสบการณ์ในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยน้อย ซึ่งจากการสำรวจปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงในเขตอำเภอสรินธร์ พบปัญหาหลักของกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยยังเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้เป็นส่วนน้อย ประสกับปัญหาหลายด้าน อาทิได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่เหมาะสมจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ สัมผัสอาหาร ทูบโภชนาการ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น ขาดผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งในผู้ป่วยบางรายที่มีโรคประจำตัว การเดินทางเพื่อมารักษาอาการอย่างต่อเนื่องเป็นไปได้ยาก ทั้งสภาพร่างกายและการเคลื่อนไหวที่บกพร่อง รวมถึงการคมนาคมเพื่อนำตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตรงตามนัด ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆจนถึงแก่ชีวิตได้ ด้วยเหตุนี้ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลตาลสุม ได้ตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยติดเตียง ซึ่งด้วยโอกาสในการเข้ารับบริการภายในโรงพยาบาล จึงจัดให้มีโครงการนำร่องออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาวะ ทั้งด้านจิตใจและร่างกาย ตรวจโรค และติดตามอาการในรายที่มีโรคประจำตัว สร้างเครือข่ายหมอครอบครัวภายในชุมชนให้เข้มแข็ง และเสริมพลังแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายในชุมชน

๒.หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจประชากรอำเภอสิรินธรเมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเตียงทั้งสิ้น ๕๒ ราย จากประชากรทั้งหมด ๔๒,๐๐๐ คน เป็นชาย ๓๖ คน หญิง ๑๖ คน ในกลุ่มเป้าหมายนี้พบว่าสาเหตุของการติดเตียงมากที่สุดคือ พิกการจากอุบัติเหตุและพิกการทางสมองแต่กำเนิด จำนวน ๒๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๔๖ โรคอัมพาตจากหลอดเลือดสมองจำนวน ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๘๕ มะเร็งระยะสุดท้าย ๑๐ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๙.๒๔ และโรคอื่น ๆ ๗ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๓.๔๕ ตามลำดับ จากปัญหาและภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยข้างต้นนี้ จึงควรได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ ของโรงพยาบาลสิรินธร เพื่อสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยกับครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงต้องการพัฒนาแนวทางในการเยี่ยมบ้านผู้ติดเตียงในเขตอำเภอสิรินธร ให้ได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์มาตรฐาน เสริมสร้างสุขภาพและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในเครือข่ายหมอบครอบครัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑.บทวิเคราะห์

จากการทำงานด้านการจัดระบบบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้าย ในชุมชนที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยในเขตอำเภอสิรินธร พบว่าระบบการดูแลยังมีรูปแบบในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงของทีมสหวิชาชีพ จากการสำรวจปัญหาของผู้ป่วยติดเตียงปัญหาหลักคือผู้ป่วยยังเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้เป็นส่วนน้อย ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่เหมาะสม จนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ สำลักอาหาร ทุพโภชนาการ ขอดิด กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น ขาดผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยเหตุนี้จึงได้ให้ความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายซึ่งด้อยโอกาสในการเข้ารับบริการภายในโรงพยาบาล จึงมีแนวคิดพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้าน SA๓E modelเพื่อประเมินสุขภาพะทั้งด้านจิตใจและร่างกาย ตรวจโรคและติดตามอาการในรายที่มีโรคประจำตัว สร้างเครือข่ายหมอบครอบครัวภายในชุมชนให้เข้มแข็ง และเสริมพลังแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายในชุมชนให้มีความพึงพอใจ และมีความสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง

๓.๒.แนวคิด

การเยี่ยมบ้าน (Home visit) หมายถึงรูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพจะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ดังนั้นการนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่พัฒนาขึ้นนี้ไปปฏิบัตินั้นสิ่งสำคัญคือการดำเนินการเพื่อให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยผู้ปฏิบัติอาจเป็นทั้งบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ทั้งที่เป็นผู้ให้บริการ และรับบริการเยี่ยมบ้าน แล้วแต่ว่ารูปแบบที่พัฒนาจะเกี่ยวข้องกับใคร หรือนโยบายนั้นกำหนดให้ใครเป็นผู้ปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการนำรูปแบบการเยี่ยมบ้านไปใช้นั้น มีประเด็นที่สำคัญ ที่จะศึกษารายละเอียดดังต่อไปนี้

๓.๒ แนวคิด

๓.๒.๑.การพัฒนาารูปแบบ

ผู้ให้ความหมาย	ความหมายของรูปแบบ
อุทุมพร จามรมาน (๒๕๕๑: ๒๒)	รูปแบบหมายถึงโครงสร้างของความเกี่ยวข้องของหน่วยต่างๆ หรือตัวแปรต่างๆ ดังนั้นรูปแบบจึงน่าจะมีมากกว่าหนึ่งมิติหลายตัวแปร และตัวแปรต่างมีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันในเชิงความสัมพันธ์และเชิงเหตุและผล
เยาวดี วิบูลย์ศรี (๒๕๕๔ : ๒๗)	รูปแบบคือวิธีการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ถ่ายทอดความคิด ความเข้าใจตลอดทั้งจินตนาการที่มีต่อปรากฏการณ์หรือเรื่องราวใดๆ ให้ปรากฏ โดยใช้การสื่อสารในลักษณะต่างๆ เช่น ภาพวาด ภาพเหมือน แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่องหรือสมการทางคณิตศาสตร์ ให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และในขณะเดียวกันก็สามารถนำเสนอเรื่องราวหรือประเด็นต่าง ๆ ได้อย่างกระชับภายใต้หลักการอย่างมีระบบ
ทศนา แคมมณี (๒๕๕๕ : ๒๑๘)	รูปแบบเป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไตรอะแกรมหรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ ความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย
รัตนะ บัวสนธ์ (๒๕๕๒ : ๑๒๔)	ความหมายของรูปแบบจำแนกออกเป็น ๓ ความหมาย ดังนี้ แผนภาพ หรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริง รูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเสื้อ เป็นต้น แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อที่เรียกว่า “Mathematical Model” แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงาน ของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้บางที่เรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่ารูปแบบ หมายถึงกรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงานและเกณฑ์ต่างๆ ของระบบที่สามารถยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๒ แนวคิด

๓.๒.๒.ความพึงพอใจ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจจากการศึกษาค้นคว้างานเอกสารและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ และมีผู้วิจัยหลาย ท่าน ได้ให้ความหมายแนวคิดและทฤษฎี ไว้ดังนี้

โวลแมน (Wolman) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (Feeling)มีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการหรือตามแรงจูงใจ

วรูม (Vroom) ได้กล่าวว่า ทศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้หมายถึงผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทศนคติด้านบวกจะแสดง ให้เห็นถึงสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความไม่พึงพอใจ

มอร์ส (Morse) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่สามารถลดความตึงเครียดของบุคคลให้น้อยลงได้ ถ้าความตึงเครียดมีมากก็จะทำให้เกิดความไม่พอใจ ซึ่งความตึงเครียดนี้มีผลมาจากความต้องการของมนุษย์ หากมนุษย์มีความต้องการมากก็จะเกิดปฏิกิริยาเรียกร้อง แต่ถ้าเมื่อใดความต้องการได้รับการตอบสนองก็จะทำให้เกิดความพอใจ

โทมัสและเอิร์ล (Thomas & Eart) ได้ให้แนวคิดความพึงพอใจว่า การวัดความพึงพอใจเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้กันอยู่ เพื่อทราบผลของการให้บริการที่เลิศทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจเป็นสิ่งที่บริษัทเชื่อว่ามีคุณค่าและควรให้ความเข้าใจในความต้องการ และปัญหาของลูกค้าในการให้บริการด้านสุขภาพ ผู้บริหารขององค์กรจึงต้องมีความรับผิดชอบในการปรับปรุงคุณภาพให้เกิดประสิทธิผลและให้ผลดีอย่างต่อเนื่อง

ฮินชอว์ และ แอ้ทวูด (Hinshaw and Atwood) ได้ให้แนวคิดว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นความคิดเห็นของผู้รับบริการที่ได้รับจากผู้ให้บริการ และจัดเป็นเกณฑ์ประเมินด้านผลลัพธ์ด้วย และเป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการในอุดมคติกับการรับรู้ ของผู้มารับบริการที่ได้รับตามความเป็นจริง สำหรับนักวิจัยทางพฤติกรรมได้ให้ความหมายของคำว่าความพึงพอใจในบริการเป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติของคนที่เกิดจากประสบการณ์ที่ผู้รับบริการเข้าไปใช้บริการ ในสถานที่ให้บริการนั้นๆ และประสบการณ์นั้นได้เป็นไปตาม ความคาดหวังของผู้รับบริการมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกันทฤษฎีความต้องการ

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจคือ ความรู้สึกพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อความต้องการของมนุษย์ ได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก็จะเกิดความพอใจ ชอบใจ เกิดเป็นทัศนคติด้านบวกที่แสดงให้เห็นถึงสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบที่แสดงให้เห็นถึงสภาพความไม่พึงพอใจ ความพึงพอใจเป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกของทัศนคติซึ่งไม่จำเป็นต้องแสดงหรืออธิบายเชิงเหตุผล เสมอไปก็ได้ ดังนั้น ความพึงพอใจจึงเป็นเพียงปฏิกิริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นที่แสดงผลออกมาในลักษณะของ

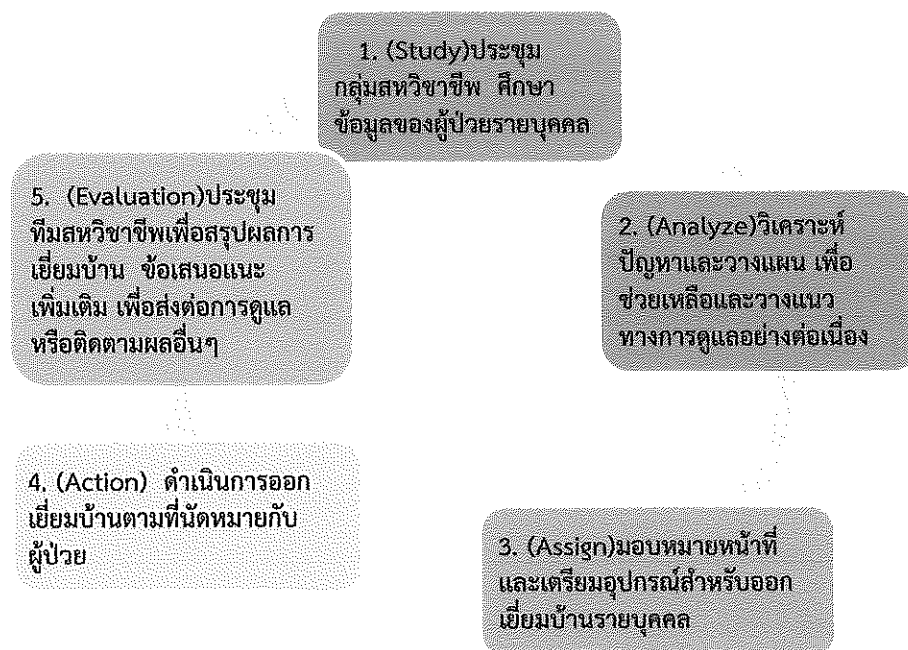
๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๒ แนวคิด

ผลลัพธ์สุดท้ายของขบวนการประเมิน โดยบ่งบอกถึงทิศทางของผลประเมินว่าจะเป็นไปในลักษณะทิศ ทางบวก หรือทิศทางลบหรือไม่ปฏิกิริยา คือเฉยๆ ต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นนั้นก็ได้

๓.๒.๓.รูปแบบการเยี่ยมบ้าน S A ๓ E model ประกอบด้วย

- ๓.๑. (Study) ประชุมกลุ่มสหวิชาชีพ ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยรายบุคคล
- ๓.๒. (Analyze) วิเคราะห์ปัญหาและวางแผน เพื่อช่วยเหลือและวางแผนทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- ๓.๓. (Assign) มอบหมายหน้าที่และเตรียมอุปกรณ์สำหรับออกเยี่ยมบ้านรายบุคคล
- ๓.๔. (Action) ดำเนินการออกเยี่ยมบ้านตามที่นัดหมายกับผู้ป่วย
- ๓.๕. (Evaluation) ประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อสรุปผลการเยี่ยมบ้าน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อส่งต่อการดูแล หรือติดตามผลอื่นๆ



จากแนวคิดนี้ เมื่อนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายที่ชัดเจน จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติ และเจ้าหน้าที่ที่มีความพึงพอใจ สามารถใช้เป็นแนวทางหลักที่เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลใช้ประเมินปัญหา ความต้องการรวมถึงความบกพร่องของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย หรือรักษาตัวที่บ้าน จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้ายต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

๑. ทบทวนความรู้โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา วิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๒. ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน
๓. จัดตั้งทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
๔. ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย

ขั้นดำเนินการ

๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
๒. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
๓. ดำเนินการพัฒนาตามแนวทางที่กำหนด
๔. นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา

ขั้นตอนการประเมินผล

๑. สุ่มตรวจลงเยี่ยมผู้ป่วย ๔ ราย/เดือน
๒. ติดตามผลการดำเนินงาน การเก็บตัวชี้วัดทุกเดือน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา
๓. รวบรวมผลการดำเนินงาน นำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารและกรรมการบริหารทุกเดือน
๔. รวบรวมผลการดำเนินงานเป็นรูปเล่มเมื่อสิ้นสุดโครงการ

ระยะเวลาดำเนินงาน มิถุนายน ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๗

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

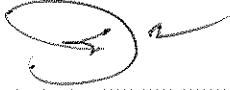
๑. ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะท้าย หลังจากรับการติดตามเยี่ยมด้วยระบบ S A ๓ E model ทุกคนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
๒. เกิดเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีความสุขในการทำงาน
๓. มีระบบบริการดูแลอย่างครอบคลุม เชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล
๔. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็งมีระบบการสนับสนุนการดูแลในชุมชนให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เกิดระบบการจัดบริการเยี่ยมบ้าน S A ๓ E model ครอบคลุมทั้งอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐
๒. ผู้ป่วยติดเตียง ระยะท้าย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๙๕
๓. ผู้ป่วยญาติและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระบบการเยี่ยมบ้าน S A ๓ E model ร้อยละ ๘๕

โอกาสพัฒนา/การพัฒนาต่อเนื่อง

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย และมีการเตรียมความพร้อมในการแผนการเยี่ยมบ้าน อย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลลัพธ์การดูแลตามเป้าหมายที่กำหนดขององค์กรโดยการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะท้าย ภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนทักษะในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

๒. กระบวนการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย ควรเริ่มให้เร็วที่สุดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นการร่วมกันกำหนดแผนการการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ กับผู้ป่วยและญาติกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวิธีประเมินผลรวมทั้งเนื้อหาในการวางแผน การเยี่ยมบ้าน การช่วยเหลือผู้ป่วยสามารถสื่อสารความหมายในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน

(นายนิเวส พุ่มจันทร์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๗

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ เมษายน - ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำราวิชาการ ทบทวนความรู้ ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลมาใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

๓.๑ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย คำจำกัดความการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสภาพ ลักษณะอาการทางคลินิก และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๘)

๓.๒ การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตามการบำบัดตามเป้าหมายตั้งแต่เริ่มแรกในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย การประเมินและค้นหาการติดเชื้อในกระแสเลือด การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในระยะเริ่มแรก การจัดการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในภาวะวิกฤตและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การประสานและการส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

๓.๓ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern) เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน และใช้เป็นเครื่องมือในการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย โดยในแต่ละแบบแผน คือ พฤติกรรมของบุคคลทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลทุกคนที่มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อกัน ประกอบด้วย ๑) การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ๒) อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร ๓) การขับถ่าย ๔) กิจกรรมและการออกกำลังกาย ๕) การพักผ่อนนอนหลับ ๖) สติปัญญาและการรับรู้ ๗) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ๘) บทบาทและสัมพันธภาพ ๙) เพศและการเจริญพันธุ์ ๑๐) การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ๑๑) คุณค่าและความเชื่อ (รัชนก คชไกร, ๒๕๖๐)

๓.๔ กระบวนการพยาบาล เป็นลำดับขั้นตอนของการดูแลที่มีการวางแผนและการปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างมีเป้าหมาย เป็นระบบ เป็นพลวัตรไม่หยุดนิ่ง มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีความยืดหยุ่นสามารถปรับใช้ได้ทุกสถานการณ์ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม หรือ ชุมชน โดยอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลและประยุกต์ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์มนุษยศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ๒๕๖๐)

๓.๕ การพยาบาลบุคคลแบบองค์รวม คือ การดูแลบุคคลที่บูรณาการวิธีการที่จะคงความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการดูแลนั้นจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายของชีวิต ความรู้ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม สภาพสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันไป โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข มิได้จำกัดเพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (นงนภัทร รุ่งเนย, ๒๕๖๐)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการติดเชื้อ (Infection) ร่วมกับการทำงานผิดปกติของอวัยวะต่างๆหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction)อย่างรุนแรง เป็นผลมาจากร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ(Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al., ๒๐๑๖)มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยประมาณ ๔๙ ล้านคนและทำให้มีผู้เสียชีวิต ๑๑ ล้านคนทั่วโลกทุกปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ๑ ใน ๕ ทั่วโลก(World Health Organization, ๒๐๒๐)ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี เสียชีวิตประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี โดยอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เท่ากับ ๓๒.๙๒ ๓๒.๖๘ และ๓๒.๔๗ ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าว ถือเป็นปัญหาสำคัญและเร่งดำเนินการแก้ไข

สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา (the Society of Critical Care Medicine: SCCM) ร่วมกับThe European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) เล็งเห็นถึงความรุนแรงของปัญหา จึงได้พัฒนาและประกาศใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรก (Makic, M. B. F. & Bridges, E., ๒๐๑๘)และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร่งด่วน โดยกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ ๖ ชั่วโมงแรก(Early Goal Direct Therapy: EGDT)ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียน การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอึดตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลายและค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เป็นต้น (Dellinger, R. P. et al., ๒๐๑๓)

ประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสาขาอายุรกรรมโดยกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัด การได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ อยู่ที่มากกว่าร้อยละ ๙๐และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน ๖๐ นาทีมากกว่าร้อยละ ๙๐ (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐)ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ดี จะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสะท้อนคุณภาพ การให้บริการด้านสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของประเทศไทยพบอัตราการตายในเพศหญิง มากกว่าเพศชายร้อยละ ๑๕๖.๘ และ๑๑๘ แสนต่อประชากร(กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)ซึ่งเป็นอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญ เพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายไว้

จากการทบทวนโรงพยาบาลเขมราฐ พบว่า มีสถิติในปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๑ ๑ ๒ และ ๓ รายตามลำดับ และมีอาการทรุดลงและต้องส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนจากการทบทวนอุบัติการณ์พบ ๑๑ ๑๐ ๑๐ และ ๙ รายตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการเช่น บุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว(Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหากระบวนการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาวะที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กลุ่มเสี่ยงคือผู้ป่วยสูงอายุ ผู้มีโรคเรื้อรัง และมีภาวะติดเตียง การติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและเพิ่มวันนอนในโรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์สูงมากเพื่อให้การพยาบาลในผู้ป่วยที่ซับซ้อนมาก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิต

๔.๒ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

๔.๓ ขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้ศึกษามีแนวคิด วิธีการ ที่ใช้ในการดำเนินการ ตามขั้นตอน ดังนี้

๑. กำหนดโรคที่มีความสำคัญและมีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทางอายุรกรรม โดยเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่สูงอายุและรับรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

๒. ทบทวน องค์ความรู้ จากเอกสารวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ มาตรฐานการพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

๓. ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษา วิเคราะห์ความต้องการในการดูแล และวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่คัดเลือก โดยนำความรู้ที่ได้จากการค้นคว้า รวมถึงทฤษฎีและมาตรฐานการดูแลมาประยุกต์ใช้ในการดูแล

๔. กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด ในการดูแลผู้ป่วย

๕. ศึกษา ค้นคว้ากรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง

๖. คัดเลือกกรอบแนวคิด ทฤษฎี การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

๗. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนด และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะจนผู้ป่วยจำหน่าย

๘. สรุปและจัดทำเอกสารวิชาการ

๙. เผยแพร่ผลงานวิชาการ โดยการนำเสนอ ในงานประชุมวิชาการเรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANl (The development and professional enhancement in BANl Era) ณ ห้องประชุม ปทุมชาติ ชั้น ๓ อาคารกาญจนาภิเษก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๔.๔ เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๒. มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๔.๕ สรุปกรณีศึกษา ๒ ราย

กรณีศึกษาตอนที่ ๑ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๙๐ ปี มาด้วยอาการ มีไข้ ซึม สับสน โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ติดเตียงอยู่ในวัยสูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมด้วยการเจ็บป่วยครั้งนี้มีการติดเชื้อหลายระบบทั้งทางเดินปัสสาวะ กระแสโลหิต และโคโรนาไวรัส๑๙ ให้การรักษาพยาบาลตั้งแต่อยู่ในระยะวิกฤติ ดูแลต่อเนื่องจนสามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลรวม ๑๖ วัน

กรณีศึกษาตอนที่ ๒ เป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๘๗ ปี มาด้วยอาการไข้หนาวสั่น ตรวจร่างกายพบมีความดันโลหิตต่ำเมื่อแรกรับให้การรักษาแก้ไขภาวะวิกฤติและให้การรักษต่อเนื่องในหอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังสูงอายุและมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับการทำงานของไตล้มเหลวฉับพลันและยังมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วยรับรักษา ๕ วัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย

การวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา ๒ ราย สามารถสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ กรณีศึกษาที่ ๒		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๙๐ ปี ส่วนสูง ๑๕๕ เซนติเมตร น้ำหนัก ๖๕ กิโลกรัม HN ๑๕๕๗๓๒๘ AN ๖๖๐๒๗๘๖ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพหม้าย อาชีพงานบ้าน ศาสนาพุทธ ภูมิลำเนา ต.พังเคน อ.นาตาล จ.อุบลราชธานี ระดับการศึกษาชั้น ประถมศึกษาปีที่ ๖ สิทธิการรักษา เบิกจ่ายตรง	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๘๗ ปี น้ำหนัก ๕๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๔๐ เซนติเมตร HN ๗๘๘๙๙๖ AN ๖๖๐๗๕๗๖๙ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานะภาพ หม้าย อาชีพ ทำนา นับถือ ศาสนาพุทธ ที่ อยู่ ต.เด็ด อ.เมือง จ.ยโสธร ระดับ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ ๔ สิทธิ การรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วน หน้ายกเว้นค่าธรรมเนียม (Universal Coverage : UC)	รายที่ ๑ วัยผู้สูงอายุ รายที่ ๒ วัยผู้สูงอายุ วัยทำงาน เชื้อชาติ สัญชาติไทย และศาสนา พุทธ เหมือนกัน การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา เช่นเดียวกัน สิทธิการรักษา เบิกจ่ายตรง และ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
๒. วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๖.๐๒ น. ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขมราฐ	วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๗.๓๐ น. ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเขมราฐ	รายที่ ๑ Admit ช่วงหน้าฝน รายที่ ๒ Admit ช่วงหน้าปลายฝน หนาว
๓. วันที่จำหน่าย วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๐๐ น. รวมระยะเวลาอนใน โรงพยาบาล ทั้งสิ้น ๑๖ วัน	วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๔๗ น. รวมระยะวันอนใน โรงพยาบาลทั้งสิ้น ๕ วัน	รายที่ ๑ LOS ๑๖ วัน รายที่ ๒ LOS ๕ วัน รายที่ ๑ นานกว่า ๑๑ วัน
๔. อาการสำคัญ มีไข้ ทานยาพาราที่บ้านไม่ดีขึ้นมี ซึมเพิ่มขึ้นจึงมารพ.เป็นก่อนมารพ. ๑ วัน	ไข้หนาวสั่น ๑ มาวัน ถึง ER มี BP ต่ำ ๗๓/๔๕ mmHg	รายที่ ๑ อาการมีอาการเบากว่า รายที่ ๒ ซึ่งเข้าสู่ภาวะช็อคเมื่อแรก รับรักษาที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ นิติเวช
๕. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ๑๐ ปีก่อน ผู้ป่วยเคยผ่าตัดนิ่วถุง น้ำดีและผ่าตัดไส้ติ่ง ๒๐ ปีก่อน มีโรคประจำตัว เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตและ ไขมันในเลือดสูง ปฏิเสธการแพ้ยาการใช้สารเสพติด ปฏิเสธโรคเรื้อรังในครอบครัว ไม่มี	๑๕ ปีก่อน เคยผ่าตัดมะเร็งผิวหนัง ที่หน้า ๓๗ ปีก่อน มีโรคประจำตัวเป็นโรค ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (AF) on ยา warfarinรับประทานยา ต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพ้ยาการใช้สารเสพติด	รายที่ ๑ มีโรคประจำตัว เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตและ ไขมันในเลือดสูง รับประทานยา ต่อเนื่อง รายที่ ๒ โรคประจำตัวเป็นโรค ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (AF) on ยา warfarinรับประทานยา ต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ กรณีศึกษาที่ ๒		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
ประวัติแพ้ยาหรือสารอาหาร รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เจ็บป่วยเล็กน้อย บิดา มารดาเสียชีวิตด้วยโรคชรา	ปฏิเสธโรคเรื้อรังในครอบครัว ไม่มี ประวัติแพ้ยาหรือสารอาหาร ไม่ ดื่ม เหล้า ไม่สูบบุหรี่ เจ็บป่วย เล็กน้อย บิดา มารดาเสียชีวิตด้วย โรคชรา	ทั้ง ๒ ราย มีโรคร่วมที่ต้อง รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่มี ประวัติแพ้ยาหรือสารอาหาร ไม่ ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เจ็บป่วย เล็กน้อย บิดา มารดาเสียชีวิตด้วย โรคชรา
๖. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑ วัน ก่อนมารพ. มีไข้ ทานยา พาราที่บ้านไม่ได้ขึ้น วันนี้ มีไข้และมีซึมเพิ่มขึ้นจึงมา รพ.เป็นก่อนมารพ. ตรวจร่างกาย ที่ OPD พบ มีเท้าขาบวมแดง ร้อน แต่ญาติไม่ทราบว่าเป็นตอน ไหน	๑ วัน ก่อนมารพ. ไข้ หนาวสั่น วันนี้ ถึง ER มี BP ต่ำ ๗๓/๔๕ mmHg load IV NSS ๓๐๐ ml BP ๗๔/๓๕ load เพิ่ม ๕๐๐ ml BP ๘๐/๕๐ retain folley's catheter urine ๑๐๐ ml	รายที่ ๑ มีไข้และมีซึมตรวจ ร่างกายที่ OPD พบ มีเท้าขาบวม แดงร้อน รายที่ ๒ มีไข้ หนาวสั่น ตรวจ ร่างกาย ER มี BP ต่ำ ๗๓/๔๕ mmHg load IV NSS รวม ๘๐๐ ml
๗. การวินิจฉัยของแพทย์ UTI č cellulitis Rt foot č sepsis Underlying DM HT DLP	UTI č Septic shock č AF č Anticoagulants č Acute renal failure	รายที่ ๑ และ รายที่ ๒ มีการติด เชื้อในกระแสเลือดร่วมกับการมี โรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ โรคมีความรุนแรงขึ้น

จากข้อมูลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา ๒ ราย ข้างต้น ผู้ศึกษาได้นำเสนอถึงข้อมูลทั่วไป
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่จำหน่าย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน
การวินิจฉัยของแพทย์ เห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุที่สูงวัย
และมีโรคเรื้อรังร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงระยะความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแตกต่างกันในการ
รวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพรวมถึงปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจึงต้องมีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็น
แบบแผน เพื่อนำมาประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เพื่อนำมากำหนดและ
วางแผนออกแบบการพยาบาล ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน

ในการเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย ผู้ศึกษาใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของ
กอร์ดอน เป็นการใช้เครื่องมือในการรวบรวมปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีโรคร่วมและ
อยู่ในวัยสูงอายุและนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบตามทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวข้องแล้วนำมากำหนดเป็นปัญหาและ
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การออกแบบการพยาบาล และใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน ประเมินผลลัพธ์
ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ดังจะเห็นได้จากการนำเสนอตารางเปรียบเทียบข้อมูล
กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> รู้ตัวที่รับประทานอาหารได้เองช้า สลายตามเวลา มีประวัติเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตและ ไขมันในเลือดสูง รับประทานยา ต่อเนื่อง <u>ขณะเจ็บป่วย</u> <u>ระยะแรก</u>รับ บุตรสาวบุตรชายให้ ประวัติ มีไข้ ทานยาพาราที่บ้านไม่ ดีขึ้นมีซึมเพิ่มขึ้นจึงมารพ.เป็นก่อน มารพ. ๑ วัน ๑๐ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเคย ผ่าตัดนิ่วถุงน้ำดีและผ่าตัดไส้ติ่ง และปฏิเสธการแพ้ยาการใช้สาร เสพติดปฏิเสธโรคเรื้อรังใน ครอบครัว ตรวจร่างกาย พบ มีเท้า ขาบวมแดงร้อน แต่ญาติไม่ทราบ ว่าเป็นตอนไหน V/S T=๓๘.๙ °C PR=๑๑๔ bpm RR=๓๒ bpm BP=๑๒๑/๘๓ mmHg O๒ Sat = ๙๒% RA E๔V๓M๕ pupil ๓ mmRTL BE DTx Stat๓๐๔ mg% On Oxygen mask with bag ๑๐ LPM retain foley's catheter CBC Hct ๓๖% Hb ๑๑.๖ wbc ๘๑๒๐ Plt ๑๗๑,๐๐๐ N๗๘ L๑๒ UA WBC >๑๐๐ RBC ๕-๑๐ Epi ๒-๓ Calcium ๘.๔ magnesium ๑.๙ phosphorus ๒.๖ serum albumin ๓.๕ BUN ๑๙ creatinine ๐.๗ electrolyte Na=๑๒๘ K=๓.๘ Cl=๙๓	<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> รู้ตัวที่รับประทานอาหารได้เองช้า สลายตามเวลา มีประวัติเป็นโรค AF และ on ยา warfarin <u>ขณะเจ็บป่วย</u> <u>ระยะแรก</u>รับ ผู้ป่วยมาด้วยอาการ ไข้หนาวสั่น ๑ มาวัน BPแรก ๗๓/๔๕ mmHg load IV NSS ๓๐๐ ml BP ๗๙/๓๕ load เพิ่ม ๕๐๐ ml BP ๘๐/๕๐ retain foley's catheter urine ๑๐๐ ml ปฏิเสธการแพ้ยา ๑๕ ปีที่แล้ว เคยผ่าตัดมะเร็งผิวหนังที่หน้า ตรวจร่างกาย Heart : normal S๑S๒ Lung : Clear Abd : Soft mild tender epigastrium no guard no Rebound tenderness Ext: no edema CBC Hct ๒๕ Hb๘.๔ wbc ๔๔๕๐ N=๕๘ L=๓๓ Mono=๘ Eos=๑ plt=๒๐๙๐๐ BUN=๓๗ Cr=๒.๗๙ Elyte Na=๑๒๙ K=๓.๕๔ CL=๑๐๔.๗ CO๒=๑๓.๒ AG=๑๔.๖ UA : wbc ๑๐-๒๐ rbc ๐ ส่งUrine c/s E.coli V/S T=๓๖.๖ °C PR=๙๒ bpm RR=๒๐ bpm BP=๗๓/๔๕ mmHg O๒ Sat = ๙๕% RA E๔V๔M๕ pupil ๓ mmRTL BE DTx Stat ๒๐๐ mg% แพทย์ให้ การวินิจฉัยที่ ER UTI ๕ Septic shock ๕ AF ๕ Anticoagulants	กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ มี ปัญหาในแบบแผนการรับรู้และ การดูแลสุขภาพที่เหมือนกันใน ประเด็น สูงอายุ มีโรคเรื้อรัง แตกต่างกันคือ กรณีที่ ๑ มีความ เสี่ยงและความรุนแรงทั้ง DM HT DLP มีการติดเชื้อหลายระบบ โดยกรณีศึกษาสาเหตุการติดเชื้อ ในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบ เลือด ระบบเซลล์เนื้อเยื่อใน ร่างกาย ทำให้ต้องนอนรพ.นาน กว่ากรณีที่ ๒ ซึ่งมีโรคเรื้อรัง AF และมีภาวะช็อก ตั้งแต่แรก ส่วนกรณีที่ ๑ ไม่เกิดภาวะช็อก แต่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ตาม SOS Core สามารถนำมาสรุป เป็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลได้ ๓ ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย <u>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล กรณีศึกษาที่ ๑</u> <u>ระยะแรกเริ่ม</u> ๑. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากมี การติดเชื้อในร่างกายหลายระบบ ๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Respiratory failure ๓. มีภาวะเสียสมดุลกรดต่าง เนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแส เลือด ๔. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการติดเชื้อในกระแส เลือด ๕. มีไข้เนื่องจากการติดเชื้อใน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
CO๒=๒๒ ส่งตรวจATKแรกรับ nrgative flim KUB not seen stone ส่งUrine c/s No growth แพทย์ให้การวินิจฉัย ที่ ER UTI & cellulitis Rt foot & sepsis Underlying DM HT DLP keep BP < ๑๘๐/๑๑๐ mmHg Keep DTx Premeal+hs keep ๘๐- ๒๐๐ mg% Record V/S ทุก ๑ ชั่วโมง แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftazidime ๒g v g ๘hr Clindamycin ๖๐๐ mg v g ๘hr Losec ๔๐ mg v OD Thiamine ๑๐๐ mg v g ๘hr และตามประวัติเดิม On Oxygen mask with bag ๑๐ LPM retain folley's catheter CBC Hct ๓๖% Hb ๑๑.๖ wbc ๘๑๒๐ Plt ๑๗๑,๐๐๐ N๗๘ L๑๒ UA WBC >๑๐๐ RBC ๕-๑๐ Epi ๒-๓ Calcium ๘.๔ magnesium ๑.๙ phosphorus ๒.๖ serum albumin ๓.๕ BUN ๑๙ creatinine ๐.๗ electrolyte Na=๑๒๘ K=๓.๘ Cl=๙๓ CO๒=๒๒ flim KUB not seen stone แพทย์ให้การวินิจฉัย ครั้ง แรกที่ ER UTI & cellulitis Rt foot & sepsis Underlying DM HT DLP keep BP < ๑๘๐/๑๑๐ mmHg Keep DTx Premeal+hs keep ๘๐-๒๐๐ mg% Record	Acute renal failure EKG normal NSS ๑๐๐๐ ml v ๘๐ ml/hr Ceftriaxone ๒ g v OD Losec ๔๐ mg v OD warfarin(๒) ๑x๑ oral hs ส-อา และ ๑/๒ x ๑ oral จ-ศ carvedilol ๑/๔ oral bid pc Furosemide (๔๐) ๑/๒ x ๑ pc	กระแสเลือด ๖. ญาติมีความวิตกกังวลต่อการ เจ็บป่วย <u>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการ</u> <u>พยาบาล กรณีศึกษาที่ ๒ ระยะแรก</u> <u>รับ</u> ๑. มีภาวะช็อกเนื่องจากการติด เชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ๒. เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะ Hypo-Hyperglycemia เนื่องจาก ระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงจาก ภาวะเครียดของผู้ป่วยในระยะ วิกฤต ๓. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตก กังวลต่อการเจ็บป่วย เห็นได้ว่ากรณีศึกษาทั้ง ๒ รายมี การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ทางด้านร่างกายไตสูญเสียหน้าที่ ทำให้ไม่สามารถขับ Potassium(K) และ Sodium (Na) ออกจากร่างกายได้ส่งผลต่อ การปรับสมดุลสารเคมีในร่างกาย ยังไม่เกิดภาวะ Metabolic acidosis หากปล่อยไว้นานขึ้น ไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลภาวะไต วายล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง ในที่สุด ทางด้านจิตใจผู้ป่วยและ ครอบครัววิตกกังวลต่อการ เจ็บป่วยในระยะวิกฤตที่เกิดขึ้น <u>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการ</u> <u>พยาบาล กรณีศึกษาที่ ๑ ระยะ</u> <u>ต่อเนื่อง</u> ๑. เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากการ ติดเชื้อในร่างกายหลายระบบ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
V/S ทุก ๑ ชั่วโมง แพทย์ แพทย์ ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazidime ๒g v g ๘hr Clindamycin ๖๐๐ mg v g ๘hr Losec ๔๐ mg v OD Thiamine ๑๐๐ mg v g ๘hr และตามประวัติเดิม <u>ขณะเจ็บป่วย</u> <u>ระยะต่อเนื่อง</u> ขณะรับรักษาในตึกผู้ป่วยมีซึม สับสนเพิ่มขึ้น มีภาวะ Hypo K ๒.๙ และมี DTX สูง ๒๘๔-๓๑๕ mg% ใช้สูงตลอดขึ้นๆ ลงๆ H/C: Gram negative bacilli burkholderia pseudomallei มี O๒ Sat ๙๐-๙๒% On Oxygen mask with bag ๑๐ LPM ๒ วัน try wean อยู่ ๕ วัน หลัง wean ๙๕-๑๐๐% RA Off urine catheter ได้ในวันที่ ๗ ของการ Admit BP เริ่มสูงแพทย์ปรับยาจนควบคุมความดันได้ก่อนจำหน่าย ๑ วัน ในวันที่ ๘ ของการ Admit ญาติขอไปรับการรักษาต่อที่ รพ.สปส ตรวจ ATK COVID ผล positive จึงรับการรักษาต่อ ที่โรงพยาบาลเขมราฐ ผู้ป่วยเริ่มมีหนองที่เท้าข้างขวาในวันที่ ๙ ของการ Admit ทำ I+D Bed side ได้หนอง ๑ml แพทย์ Consult หมอช่วยปรับแผนการรักษา ส่งตรวจ Pus C/S พบ burkholderia <u>ขณะเจ็บป่วย</u> <u>ระยะก่อนจำหน่าย</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ผลที่เท้าขวาไม่มีหนอง	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> <u>ระยะต่อเนื่อง</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ มีซิดเล็กน้อย ไม่มีวิงเวียน ไม่มีสับสน NSS ๑๐๐๐ ml v ๘๐ ml/hr มีใช้ต่ำๆ Urine out put ๒๐๐ ml /๘hr ไม่มี clinical hypo-hyperglycemia V/S T=๓๖.๖-๓๗.๙ °C PR=๗๒-๘๘ bpm RR=๒๐-๒๒ bpm BP=๑๐๐/๖๐-๑๑๐/๖๐ mmHg O๒ Sat = ๙๕% RA <u>ขณะเจ็บป่วย</u> <u>ระยะก่อนจำหน่าย</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ มีซิดเล็กน้อย ไม่มีไข้ แพทย์วินิจฉัย	๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Respiratory failure ๓. มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ๔. มีไข้ เนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ๕. เสี่ยงต่อได้รับอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงจากพยาธิสภาพของโรค ๖. เสี่ยงจากการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ๗. ญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย <u>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ ๒ ระยะต่อเนื่อง</u> ๑. เสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากการติดเชื้อในร่างกาย ๒. มีภาวะ Hyponatremia ๓. มีภาวะซิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ๔. มีไข้เนื่องจาก มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ๕. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย <u>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ ๑ ระยะก่อนจำหน่าย</u> ๑. มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D-P ไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเองได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
ยาทานBactrim๓x๒ oral pc ทำผลเข้าเย็นจนแผลไม่มีหนอง ยังมีน้ำตาลสูงวันละครั้ง ให้ประวัติหลังฉีดยา Remdes ๒๐๐mg v stat then ๑๐๐ mg v OD x ๕ day มีผื่นขึ้นตามตัว ผื่นเริ่มยุบแล้วมีรอยเกาเป็นปื้น ลักษณะไม่เหมือนเหมือนแพ้ยาประสานเกล็ดชกรแนะนำให้สังเกตต่อแพทย์วินิจฉัย Sepsis with melioidosis with UTI with Cellulitis Rt foot with Abscess Rt foot with Covid-๑๙ with HT with DM with DLP v/s T=๓๖.๗ °C PR=๘๘ bpm RR=๒๐ bpm BP=๑๓๐/๙๐ mmHg O๒ Sat = ๙๙% RA	Sepsis with Septic shock with UTI with Acute renal failure with Hyponatremia with Atrial Fibrillation v/s T=๓๖.๖ °C PR=๘๐ bpm RR=๒๐ bpm BP=๑๒๐/๘๐ mmHg O๒ Sat = ๙๙% RA	<u>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ ๒ ระยะก่อนจำหน่าย</u> ๑. มีภาวะช็อคเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ๒. มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D-P ไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเองได้ในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยใน ที่รับไว้ในหอผู้ป่วย ต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะช็อคด้วย SOS Score อันตราย และภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน จากการเจ็บป่วย และสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้
๒. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร		
<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีเบื่ออาหารกลืนลำบาก ไม่มีอาการ hypo hyperglycemia ๖ เดือนที่ผ่านมาไม่มีน้ำหนักลด <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยไม่กลืนยา Retain NG For feed ให้ BD (๑:๑) ๒๕๐ ml x ๔ feed น้ำตาม ๕๐ ml นาน ๓ วัน On IVF NSS ๑๐๐๐ ml V drip ๑๐๐ ml/hr Then ๖๐ ml/hr นาน ๕ วัน	<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีเบื่ออาหารไม่มีกลืนลำบาก <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้ ไม่ได้ Retain NG	กรณีศึกษารายที่ ๑ มีปัญหาในแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหาร และไม่กลืนยา ต้องได้รับสารน้ำ ร่างกายมีภาวะ Hyperglycemia ต้องมีการระวังอาการในผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะเลือด เนื่องจากระดับสอร์โอมินเปลี่ยนแปลงจากภาวะเครียดของผู้ป่วยในและเป็นผู้ป่วยเบาหวาน BMR = ๑,๙๙๑.๑ Kcal ปริมาณน้ำที่ควรได้รับต่อวัน ๒,๑๔๕ ml BMI = ๒๗.๐๘ ซึ่ง กรณีศึกษารายที่ ๒ ไม่มีปัญหาในแบบแผนนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๒. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร		
		ไม่มีโรคเบาหวานแต่เป็นโรคที่มีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว BMR = ๑,๘๙๒.๔ Kcal ปริมาณน้ำที่ควรได้รับต่อวัน ๑,๙๔๗ ml BMI = ๓๐.๑๐
๓. การขับถ่าย		
<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> การขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ ๑-๒ ครั้ง ปัสสาวะปกติ วันละ ๔-๕ ครั้ง ผู้ป่วยใส่แอมเพิร์ส <u>ขณะเจ็บป่วย</u> retained folley's catheter ไว้ record i/O urine ๒๕๐ ml /๘hr ใน ๒ วันแรก จากนั้น ๔๐๐-๑๐๐๐ ml ตลอดการรักษา	<u>ก่อนการเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะได้เอง การขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะปกติ วันละ ๔-๕ ครั้ง <u>ขณะเจ็บป่วย</u> retained folley's catheter ไว้ record I/O Urine out put ๒๐๐ ml /๘hr	กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ ผู้ป่วยต้องมีการใส่สายสวนปัสสาวะและอยู่ในเสี่ยงต่อการช็อคเนื่องจากปัสสาวะออกน้อยกว่า ๔๐ ml/hr และอยู่ในภาวะวิกฤต เพื่อป้องกันการช็อคระหว่างรับการรักษา และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด หากการติดเชื้อนั้น ยังไม่หมดไป
๔. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย		
<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> เป็นคนใช้ติดเตียงมาประมาณ ๓-๕ ปี กิจวัตรประจำวันอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าญาติช่วยทำให้ ปัสสาวะ อุจจาระใส่แอมเพิร์สไว้ญาติเปลี่ยนให้เข้าห้องน้ำญาติใช้รถเข็นเข้าอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า นอนดูทีวี มีการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อและข้อต่อ ญาติเฝ้าตลอดช่วยทำกิจกรรมบางส่วน <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยนอนบนเตียง ญาติและพยาบาลช่วยกิจวัตรประจำวันให้บนเตียงและพลิกตะแคงตัวให้ ทุก ๒ ชั่วโมง	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> แข็งแรงดีทำกิจวัตรประจำวันได้ในเวลาสั้นเนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและให้ยา warfarin และ carvedilol <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยนอนบนเตียง ญาติและพยาบาลช่วยกิจวัตรประจำวันให้บนเตียง	กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต และสูงอายุการยืดเหยียดข้อต่อ กล้ามเนื้อได้ลดลง มีข้อจำกัดพยาธิสภาพของโรค และในการรักษาทำให้ผู้ป่วย ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา เช่น ต้องให้น้ำเกลือ มีสายสวนปัสสาวะ มีสายออกซิเจน รวมถึงสายวัดความดันโลหิต ดังนั้น การให้กิจกรรมการพยาบาล จึงเป็นการพยาบาลที่ต้องดูแล และทำกิจกรรมบนเตียงให้กับผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๕. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ		
<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> นอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีอดโรย <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ระยะแรก ๑-๓ วันแรกของการ เจ็บป่วย ผู้ป่วยดูเหนื่อยเพลีย อาการสับสนบางครั้ง และไม่หลับ ไม่นอนกลางคืน แพทย์ให้ Lorazepam (๐.๕)๑x๑ oral hs นาน ๖ มีสังเกต K=๒.๙ ให้ E.KCL ๓๐ ml oral q ๓ hr x ๒ dose Repeat K๔.๑๑	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> แข็งแรงดีทำกิจวัตรประจำวันได้ <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยดูเหนื่อยเพลียใน ๒ วันแรก ไม่มีสับสน สามารถพักผ่อนได้โดย ไม่ต้องใช้ยานอนหลับ	กรณีศึกษารายที่ ๑ มีปัญหาใน แบบแผนการนอนหลับ เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะวิกฤต ของโรค ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่นอน ตอนกลางคืน แต่ไม่มีภาวะ Delirium ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ เนื่องจากร่างกายเข้าสู่ภาวะการ พักฟื้นตัวจากภาวะช็อคขณะ รักษาตัวในโรงพยาบาล จึงไม่มี อาการกระสับกระส่าย สับสน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้
๖. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้		
<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> รับรู้วันเวลา สถานที่ แยกแยะสีได้ การดมกลิ่นปกติ พูดคุยรู้เรื่อง การ ได้ยินปกติ สามารถแยกแยะ สิ่งของได้ บุตรชายบุตรสาวเป็น ผู้ดูแลตัดสินใจในการรักษา <u>ขณะเจ็บป่วย</u> แรกรับ E๔V๓M๕ pupil ๓ mmRTL BE สัมผัสเอง ออกเสียง เป็นภาษาเป็นคำมีความหมาย เอามือปิดตำแหน่งเจ็บได้ ๓ วัน แรก จากนั้นผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นออก เสียงเป็นประโยคแต่สับสนในวัน ๔-๗ และวันที่ ๗ เป็นต้นไปของ การรักษาพยาบาลพูดคุยได้ ตามปกติ รู้สึกตัวดี E๔V๔M๕รับรู้ ต่อบุคคล สถานที่ และเวลาได้	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> รับรู้วันเวลา สถานที่ แยกแยะสีได้ การดมกลิ่นปกติ พูดคุยรู้เรื่อง การ ได้ยินปกติ สามารถแยกแยะ สิ่งของได้ <u>ขณะเจ็บป่วย</u> แรกรับ E๔V๔M๕ pupil ๓ mmRTL BE สัมผัสเอง ออกเสียง เป็นประโยค และดีขึ้นเป็นลำดับ ตั้งแต่วันที่ ๓ ของการพักรักษาตัว ตัว ในโรงพยาบาลสามารถบอกวัน เวลาสถานที่และบุคคลได้	กรณีศึกษารายที่ ๑ มีปัญหาใน แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ขณะอยู่รพ. เนื่องจากอาการสับสน จากที่พยาธิสภาพของโรค สารเคมี ในร่างกายเปลี่ยนแปลง กรณีที่ ๒ ไม่มีปัญหาในแบบแผนนี้
๗. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์		
<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> การรับรู้พูดคุยรู้เรื่อง เป็นคนใจดี สนุกสนาน ร่าเริง มีคุณค่า ความ	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> เป็น คนน่ารัก ไม่ว่าร้ายใคร ไม่มี ซึมเศร้า	แบบแผนการรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วยของ กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ มีการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๗. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์		
ภาคภูมิใจในตนเองและครอบครัว ไม่มีซึมเศร้า <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยและญาติมีความต้องการในการฟื้นฟูไม่มีข้อขัดต่ออาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	<u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยและญาติ มีความต้องการในการฟื้นฟู ต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ ไม่รู้สึก น้อยเนื้อต่ำใจในโชคชะตา และอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต	มีการรับรู้สุขภาพ และรับรู้ตนเองสามารถปรับตัวได้ รับรู้อัตมโนทัศน์ต่อบุคลิกลักษณะของตนเอง และการเจ็บป่วย สามารถยอมรับได้ ไม่ท้อแท้ เข้าใจภาวะธรรมชาติที่เกิดขึ้น

๘. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว

<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> มีลูก ๕ คน สามีเสียชีวิต อาศัยอยู่กับบุตรชายและบุตรสาวรักใคร่กันดี และญาติเฝ้าดูแลที่บ้านตลอด <u>ขณะเจ็บป่วย</u> มีกำลังใจดีจากบุตรครอบครัวและญาติ อธิษฐานดีกับบุคคลรอบข้าง และเจ้าหน้าที่	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> มีลูก ๘ คน ดาย ๑ คน สามีเสียชีวิตแล้วอยู่โสธรมาอยู่กับลูกสาวที่เขมราฐชั่วคราวแล้วป่วยหายแล้วกลับไปอยู่โสธรกับลูกสาว ไปรับยาที่โรงพยาบาลอยู่โสธร <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยอารมณ์ดี ไม่มีหงุดหงิด อธิษฐานดีกับบุคคลรอบข้าง บุคคลในครอบครัวรวมทั้งเจ้าหน้าที่ด้วย	กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ ไม่มีปัญหาในแบบแผน บทบาทและสัมพันธภาพ

๙. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์

<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> หมดประจำเดือนไม่มีปัญหาในด้านนี้ <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ไม่มีปัญหาในด้านนี้	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> หมดประจำเดือนไม่มีปัญหาในด้านนี้ <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ไม่มีปัญหาในด้านนี้	กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ ไม่มีปัญหาในแบบแผน เพศและการเจริญพันธุ์

๑๐. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด

<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> ในภาวะปกติและการเจ็บป่วยมีการปรับตัวได้ลูกๆช่วยคิดตัดสินใจ ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย <u>ขณะเจ็บป่วย</u>	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> ในภาวะปกติผู้ป่วยและครอบครัวจะคิดแก้ปัญหาาร่วมกันเสมอ <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเมื่อมี	กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ มีปัญหาในแบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด ในเรื่องความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ ๑ และ ๒ โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑๐.แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด		
<u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ได้วางแผนต่อการเผชิญความเจ็บป่วยที่รุนแรงเพิ่มขึ้นและไม่สามารถเผชิญการสูญเสียผู้ป่วยได้ ยังมีวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย	ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ	
๑๑. แบบแผนความเชื่อ		
<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> นับถือศาสนาพุทธ การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ญาติผู้ดูแลเปิดธรรมะให้ฟังทุกวัน <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ญาติจะเปิดเทปธรรมะให้ฟัง	<u>ก่อนเจ็บป่วย</u> นับถือศาสนาพุทธ ไปวัดได้การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ <u>ขณะเจ็บป่วย</u> ผู้ป่วยก็จะสวดมนต์ไหว้พระ ทำจิตใจกำหนดสมาธิพุทธ เพื่อให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย	กรณีศึกษารายที่ ๑ และ ๒ ไม่มีปัญหาในแบบแผนความเชื่อทั้งก่อนอยู่รพ.และขณะเจ็บป่วย โดยคำนิยมและความเชื่อไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคการติดเชื้อกระแสเลือด ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเขมราฐ

รายการ	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
๑. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/ Septic shock	-	๘๕ ราย	๙๓ ราย
๒. จำนวนวันนอนผู้ป่วย sepsis/septic shock	-	๒๑๑ ราย	๒๔๐ ราย
๓. อัตราตายผู้ป่วย sepsis/septic shock	< ๑๐%	๔.๐๖	๙.๓๓
๔. อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล (CNPG) sepsis/septic shock	≥ ๘๐%	๙๑	๙๗.๐๔
๕. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยา Antibiotic	≥ ๙๐%	๙๕	๙๗
๖. อัตราการได้รับยา Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ ๙๐%	๙๕	๙๖
๗. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ ๙๐%	๗๘.๑๔	๗๙
๘. อัตราการส่งต่อผู้ป่วย sepsis/septic shock	< ๔.๒๘%	๔.๒๘	๕.๐๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนองผลงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน การคัดกรอง และการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว
๒. ผู้ป่วยได้รับดูแลตามมาตรฐานของกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process)
๓. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม
๔. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เรื่องโรค และการวินิจฉัยของแพทย์ สามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤตยอมรับการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถปฏิบัติและดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
๖. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข
 - Community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖
 - Hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ด้านบริหาร เป็นคู่มือและมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดของหน่วยงาน และ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่สูงอายุและมีโรคร่วมสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

๖.๒ ด้านบริการ เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ได้แก่ ผู้สูงอายุและมีโรคร่วมเรื้อรัง โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๓ ด้านวิชาการ เป็นกรณีศึกษาให้กับนักเรียน นักศึกษา บุคลากรทางการพยาบาลได้ศึกษาเป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมถึงใช้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยในทีมการพยาบาล (knowledge management) และนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากศึกษากรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมและมีการติดเชื้อในกระแสเลือด อีกทั้งเป็นการติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากระบบทั้งระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ จากผลติดเชื้อแตกต่างกันตามสาเหตุการติดเชื้อในร่างกายเข้าสู่กระแสเลือด และจากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ ๒ มีการซื้อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยตั้งแต่แรกได้รับรวมกับการมีภาวะช็อคและเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน พยาบาลผู้ปฏิบัติต้องมีความรู้ในเรื่องของการเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะช็อคในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เช่น การใช้ MEW Score หรือ SOS Score รวมถึงการประเมินเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในร่างกายด้วยเครื่องมือ SIRE Criteria หรือ qSOFA Scoreจึงต้องบูรณาการศาสตร์ความรู้สาขาทางวิทยาศาสตร์ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เภสัช จลนศาสตร์ ในการบริหารยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยาปฏิชีวนะต่างๆ ยาระบบหัวใจและหลอดเลือด และเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ บุตรหลานและผู้ดูแลจึงมีส่วนร่วมอย่างมากในการตัดสินใจเลือกการรักษา ร่วมกับทีมแพทย์ ผู้รักษา ทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งนี้เพื่อให้ประเมินปัญหาและวางแผนการดูแลร่วมกันได้อย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม สามารถแก้ปัญหาออกแบบกระบวนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งในระยะแรกเริ่ม ต่อเนื่อง และจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวสู่ชุมชนหลังจากการพ้นหายจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย โดยกรณีที่ ๑ มีความเสี่ยงและความรุนแรงทั้ง DM HT DLP มีการติดเชื้อหลายระบบในระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบเลือด ระบบเซลล์เนื้อเยื่อในร่างกาย ไม่เกิดภาวะช็อก แต่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตาม SOS Core ทำให้ต้องนอนรพ. นานกว่ากรณีที่ ๒ สำหรับกรณีที่ศึกษาที่ ๒ มีการติดเชื้อหลายระบบในระบบทางเดินปัสสาวะ และมีโรคเรื้อรัง AF ที่ต้องให้ยา Anticoagulants และเข้าสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับการมีภาวะช็อคตั้งแต่แรกรับ และมี Acute renal failure ทำให้ต้องใช้ความรู้และทักษะในการพยาบาลเพื่อค้นหา วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลทั้งในการป้องกันการเกิดความเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้น การป้องกัน Renal Shut down การเฝ้าระวังป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อคและเกิดการช็อคซ้ำ และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติการสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบข้อมูลเป็นระยะเพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถให้การรักษาพยาบาลพ้นหายจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร ควรมีการกำกับส่งเสริมให้พยาบาลบันทึกการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง และใช้ความรู้ทางทฤษฎีกระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล แบบองค์รวม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

๙.๒ ด้านบริการ

๑) ควรมีการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะช็อคที่ส่งผลต่ออวัยวะล้มเหลว

๒) ควรนำเครื่องมือ Apache score มาใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรคต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต

๙.๓ ด้านวิชาการ ควรมีการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลหรือทฤษฎี แนวคิด ทางการพยาบาลเพื่อการสร้างคุณภาพทางการพยาบาล

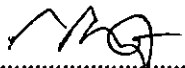
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

มีการเผยแพร่ผลงานโดยการนำเสนอทางวาจาในที่ประชุมวิชาการเรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI (The development and professional enhancement in BANI Era) ณ ห้องประชุม ปทุมชาติ ชั้น ๓ อาคารกาญจนาภิเษก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางนภาพรรณ เจตบุตร สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางนภาพรรณ เจตบุตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)/ มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเขมราฐ

๒. หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(Sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการติดเชื้อ (Infection) ร่วมกับการทำงานผิดปกติของอวัยวะต่างๆหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction)อย่างรุนแรง เป็นผลมาจากร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ(Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al., ๒๐๑๖)มีการทำลายเนื้อเยื่อและการทำงานของอวัยวะสำคัญล้มเหลวเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยประมาณ ๔๙ ล้านคนและทำให้มีผู้เสียชีวิต ๑๑ ล้านคนทั่วโลกทุกปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ๑ ใน ๕ ทั่วโลก(World Health Organization, ๒๐๒๐)ประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี เสียชีวิตประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี โดยอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เท่ากับ ๓๒.๙๒ ๓๒.๖๘ และ๓๒.๔๗ ต่อแสนประชากร(กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)ซึ่งอุบัติการณ์เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าว ถือเป็นปัญหาสำคัญและเร่งดำเนินการแก้ไข

สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งสหรัฐอเมริกา (the Society of Critical Care Medicine: SCCM) ร่วมกับThe European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) เล็งเห็นถึงความรุนแรงของปัญหา จึงได้พัฒนาและประกาศใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยเพิ่มความตระหนักถึงความรุนแรง ปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา มุ่งเน้นการรับรู้อาการของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ระยะแรก (Makic, M. B. F. & Bridges, E., ๒๐๑๘)และมุ่งเน้นกระบวนการจัดการภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร่งด่วน โดยกำหนดเป้าหมายของการรักษาในระยะ ๖ ชั่วโมงแรก(Early Goal Direct Therapy: EGDT)ได้แก่ การให้ยาปฏิชีวนะ การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียน การควบคุมความดันในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลายและค่าความดันโลหิตเฉลี่ยให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เป็นต้น (Dellinger, R. P. et al., ๒๐๑๓)

ประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในสาขาอายุรกรรมโดยกำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)ในด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้กำหนดตัวชี้วัด การได้รับการเจาะเลือดเพาะเชื้อก่อนให้ยาปฏิชีวนะ อยู่ที่มากกว่าร้อยละ ๙๐และได้รับยาปฏิชีวนะหลังการวินิจฉัยโรคภายใน ๖๐ นาทีมากกว่าร้อยละ ๙๐ (สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐)ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ดี จะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยซึ่งสะท้อนคุณภาพ การให้บริการด้านสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ของประเทศไทยพบอัตราตายในเพศหญิง มากกว่าเพศชายร้อยละ ๑๕๖.๘ และ๑๑๘ แสนต่อประชากร(กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)ซึ่งเป็นอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดดังกล่าวถือเป็นปัญหาสำคัญ เพราะเป็นอัตราที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมายไว้

จากการทบทวนโรงพยาบาลเขมราฐ พบว่า มีสถิติในปี ๒๕๖๒ – ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๑ ๑ ๒ และ ๓ รายตามลำดับ และมีอาการทรุดลงและต้องส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนจากการทบทวนอุบัติการณ์พบ ๑๑ ๑๐ ๑๐ และ ๙ รายตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการเช่น บุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีการปฏิบัติที่

หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหาระบบการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า จึงทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยและเป็นภาวะที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง กลุ่มเสี่ยงคือผู้ป่วยสูงอายุ ผู้มีโรคเรื้อรัง และมีภาวะติดเชื้อ การติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและเพิ่มวันนอนในโรงพยาบาล ดังนั้นโรงพยาบาลจึงต้องมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของหน่วยงานเพื่อใช้ในการอ้างอิงการปฏิบัติงานตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมไปถึงการสูญเสียชีวิต

๒.๑ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเขมราฐ

๒.๒ เป้าหมาย

๑. งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเขมราฐมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

๒. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็วได้มาตรฐานและได้รับการเฝ้าระวังอาการเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มเหลวจนกระทั่งรุนแรงถึงการเสียชีวิต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

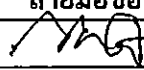
๓.๑ บทวิเคราะห์

จากหลักการและเหตุผลดังกล่าวเมื่อนำมาวิเคราะห์บริบท พบว่า โรงพยาบาลเขมราฐเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๖๐ เตียง ชายแดนติดต่อกับประเทศลาว ระยะทางห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี ๑๐๕ กิโลเมตร ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ ความสามารถและมีทักษะเฉพาะด้าน รวมถึงต้องมีการประสานงานและความชำนาญเป็นอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลกลุ่มโรคที่ยากซับซ้อนตามมาตรฐานวิชาชีพ และภายใต้กฎหมายวิชาชีพและคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย มีคุณธรรมและจริยธรรม รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงและทันสมัย จากสถิติของโรงพยาบาลพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญการตาย ๕ อันดับโรคแรกของโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis/ Severe sepsis เป็นผู้ป่วยนอกปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕ จำนวน ๓๑ ๔๓ ๕๒ และ ๕๔ ราย เป็นผู้ป่วยในมี จำนวน ๔๗ ๖๗ ๓๒ และ ๘๔ ราย มีจำนวนวันนอนรวมในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ๙๐ ๙๘ ๑๐๕ และ ๒๑๑ วันนอน มีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๑ ๑ ๒ และ ๓ ราย ตามลำดับ และมีอาการทรุดลงและต้องส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนจากการทบทวนอุบัติการณ์พบ ๑๑ ๑๐ ๑๐ และ ๙ รายตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลเขมราฐ, ๒๕๖๕)

ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นเนื่องจากบุคลากรมีประสบการณ์และอายุงานที่แตกต่างกันประกอบกับการมีบุคลากรใหม่ทุกปี ทำให้การพยาบาลเป็นไปตามประสบการณ์ของบุคลากรและผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและต้องส่งต่อโดยไม่ได้วางแผนจากการทบทวนอุบัติการณ์พบ ๑๑ ๑๐ ๑๐ และ ๙ รายตามลำดับ โดยอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการเช่น บุคลากรยังขาดความเข้าใจในองค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และมีการปฏิบัติที่หลากหลายไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ขาดการประเมินไม่สามารถค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) การรายงานอาการแพทย์ไม่ทันเวลา รวมทั้งปัญหาระบบการดูแลต่อเนื่องในเรื่องการให้ปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การให้สารน้ำที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการรักษาล่าช้า เพื่อเป็นการเพิ่มสมรรถนะพยาบาลเฉพาะโรคและหน่วยงานมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยในจึงสนใจพัฒนา ปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพงานให้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนภาพรณ เจตบุตร	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางนวศิรินทร์ ปิยะชัยกวี)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
 (วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๓
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ
 (วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๓
 บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องราว ไป

หมายเหตุ: คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับคือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่ง
 ระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

ดียิ่งขึ้นจึงขอเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเขมราฐนี้ขึ้นเพื่อใช้ในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงาน

๓.๒ แนวความคิด

๓.๒.๑ แนวคิดการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล

แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ความหมาย ระดับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลซึ่งแบ่งแนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถจำแนก เป็น ๔ ระดับ ได้แก่ มาตรฐาน (Standard) แนวปฏิบัติ (Guideline) คู่มือการปฏิบัติ (Protocol) ข้อเสนอปฏิบัติ (Option) โดยการนำเสนอแนวคิดในการพัฒนานี้จะเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติ (วานีตา สามาะ, ๒๕๕๔)

๓.๒.๒ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย คำจำกัดความการติดเชื้อในกระแสเลือด พยาธิสภาพ ลักษณะอาการทางคลินิก และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, ๒๕๕๘)

๓.๒.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้คัดกรองผู้ป่วย โดยใช้การประเมินคะแนนกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (Systemic Inflammatory Response Syndrome Score : SIRS Score) และคะแนนแจ้งสัญญาณเตือนอันตราย (Modified early warning signs score : MEWS score) แนวปฏิบัติการประเมินสภาพผู้ป่วยโดยใช้ SOS score (search out severity score) แนวทางการวินิจฉัยเมื่อพบหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสเลือด (The Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) Score) เป็นแบบประเมินลักษณะทางคลินิกอย่างรวดเร็วสามารถใช้ประเมินข้างเดียวได้ ดังเห็นได้จากภาพที่ ๑ และ ๒

SIRS criteria (two or more)	qSOFA criteria (two or more)
36 > Temperature > 38	Systolic blood pressure < 100 mmHg
Respiratory rate > 22/min	Respiratory rate > 20/min
Heart rate > 90 bpm	Glasgow Coma Scale ≤ 14
4000 > White cell count > 12,000	

SIRS: Systemic Inflammatory Response Score; qSOFA: quick Sequential Organ Failure Assessment.

ภาพที่ ๑ เครื่องมือ SIRS Score และ qSOFA Score

MEWS (Modified Early Warning System)							
	3	2	1	0	1	2	3
Temperature		< 35.4° (95.7° F)	35.4-36.2° (95.7-97.2° F)	36.3-102.1° (97.3-215.8° F)	102.2-103.3° (216.0-217.9° F)	> 103.4° (218.1° F)	
Heart rate per minute		< 40	41-50	51-100	101-120	121-129	> 130
Respiratory per minute		< 8	9	9-17	18-20	21-29	> 30
Systolic Blood Pressure	< 70	71-100	101-130	131-150	151-170	171-200	> 201
Consciousness level (alert, voice, pain, unresponsive)	Unresponsive	Responds to pain only	Responds to voice	Alert	Agitated or confused	Unconscious or confusion	
							TOTAL SCORE

MEWS Call Alert Algorithm	Score	Action
	Score 0-1	Vital signs (TPR, BP, RR, and O ₂ sat) by PCT, LOC and MEWS score by RN every 4 hours
	Score 2-3	Vital signs (TPR, BP, RR, and O ₂ sat) by PCT, LOC and MEWS score by RN every 2 hours Consider appropriate nursing interventions and inform charge nurse.*
	Score 4-5	Vital signs (TPR, BP, RR, and O ₂ sat) by PCT, LOC and MEWS score by RN every 1 to 2 hours Consider appropriate nursing interventions and inform charge nurse.*
	Score ≥ 6	Activate RIT or directly notify physician to attend patient.

(Duncan, McMullan, & Mills, 2012)

ภาพที่ ๒ เครื่องมือ MEWS score

๓.๓ ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการที่ศักยภาพของโรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๒๐ เตียง มีหอผู้ป่วยในจำนวน ๒ หอที่ให้การพยาบาลแบบพักค้าง และไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่มีหอผู้ป่วยหนัก ไม่มีเครื่องช่วยหายใจ ไม่มียา Inotrope ไม่มีธนาคารเลือด ในพื้นที่อำเภอเขมราฐ ซึ่งเป็นศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะเลือดที่ผิดปกติร่วมกับการทำงานของอวัยวะล้มเหลว อีกทั้งมีระยะทางจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดสระบุรีประมาณ ๑๐๔.๓ กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลชุมชนระดับการที่ส่งผลซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อ ๕๖.๖ กิโลเมตร ด้วยบริบทนี้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะเลือด ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเขมราฐนี้ จึงได้เสนอแนวทางในการพัฒนาแนวทางปฏิบัตินี้ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะเลือดและผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดจากการติดเชื้อมีภาวะเลือดที่ใช้ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และต้องออกแบบให้ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลภายในหอผู้ป่วย การขอคำปรึกษาจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การประสานการส่งต่อผู้ป่วย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process) อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม

๔.๒ บุคลากรในหน่วยงานมีสมรรถนะเพียงพอในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อมีภาวะเลือด

๔.๓ หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ทันต่อวิชาการความรู้ใหม่

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑ อัตราตายผู้ป่วย sepsis/septic shock เป้าหมาย < ๓๐ %
- ๕.๒ อัตราการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล (CNPg) sepsis/septic shock เป้าหมาย $\geq$ ๘๐ %
- ๕.๓ อัตราการส่งตรวจ Hemo Culture ก่อนให้ยา Antibiotic เป้าหมาย $\geq$ ๙๐ %
- ๕.๔ อัตราการได้รับยา Antibiotic ภายใน ๑ ชม. หลังที่ได้รับการวินิจฉัย sepsis/septic shock เป้าหมาย $\geq$ ๙๐%
- ๕.๕ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) เป้าหมาย $\geq$ ๙๐%
- ๕.๖ อัตราการส่งต่อผู้ป่วย sepsis/septic shock เป้าหมาย < ๔.๒๘ %

(ลงชื่อ)
 (นางนภาพรรณ เจตบุตร)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่)/ มกราคม / ๒๕๖๗
 ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
๑.ชื่อผลงาน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีและมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง กรณีศึกษา ๒ ราย ๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม ๒๕๖๖- ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖ ๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ความรู้ทางวิชาการ ๑.ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวาน ๒.ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเสื่อมเรื้อรัง ๓. กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ๔. พฤติกรรมศาสตร์ทางด้านสุขภาพ ๕. ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ใช้ยา Losartan ,Amlodipine ,Glipizide ,Simvastatin ,Fluoxetine ,Novomix ,Mixtard ๖.ความรู้เรื่องทฤษฎีสัมพันธภาพกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เค้าโครงเรื่องย่อ โรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป พบว่าโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๘.๙๐ ในปี พ.ศ.๒๕๕๗ และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่น้อยกว่า ๔ ล้านคน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, ๒๕๖๐) และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะสูงขึ้นถึง ๕.๓๐ ล้านคน ภายในปีพ.ศ. ๒๕๘๓ (วิชัย เอกพลากร, ๒๕๕๗) สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ(international Diabetes Federation ;IDF) ได้ประมาณการว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ๓๘๒ ล้านรายทั่วโลก และในปี ๒๐๓๕ จะมีผู้ป่วยเบาหวาน ๕๙๒ ล้านราย และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง ๖.๗ ล้านคน หรือเสียชีวิต ๑ ราย ในทุกๆ ๕ วินาที ประเทศไทยอัตราการป่วยรายใหม่ที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ไม่มีแนวโน้มที่ลดลง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ดี มักจะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะไตเสื่อมเรื้อรังจนถึงเป็นไตวายต้องฟอกไตได้ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังร้อยละ ๕๐เป็นโรคเบาหวาน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง อัตราการผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่อำเภอเขมราฐเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ ๕.๕(พ.ศ.๒๕๖๕)เป็นร้อยละ ๖.๔๕ (พ.ศ.๒๕๖๖) และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระดับ๓-๔ สามารถชะลอไตเสื่อมได้ยังไม่ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข โรคเบาหวาน (Diabetes) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมน Insulin ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายของคนเราจำเป็นต้องมี Insulin เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ ในภาวะที่insulin มีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณinsulinในร่างกาย หรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่อinsulin ลดลง จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้มีปริมาณน้ำตาลคงเหลือในกระแสเลือดมากกว่าปกติ สาเหตุของโรคเบาหวานเกิดจากการที่ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงมากขึ้นถึงระดับหนึ่ง จนทำให้ไตดูดกลืนน้ำตาลได้ไม่หมด ซึ่งปกติไตจะมีหน้าที่ดูดกลืนน้ำตาลจากสารที่ถูกกรองจากหน่วยไตไปใช้ ส่งผลให้มีน้ำตาลรั่วออกมากับปัสสาวะ จึงเป็นที่มาของคำว่า “โรคเบาหวาน” หากเราปล่อยให้ภาวะเช่นนี้ไปนาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงตามมาในที่สุด

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติเป็นระยะเวลานาน น้ำตาลที่สูงจะส่งผลโดยตรงต่อหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์ และภาวะหลอดเลือดอุดตันได้ง่ายกว่าคนปกติ นอกจากนี้ยังส่งผลต่อภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยในภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง ทำให้น้ำตาลส่วนเกินไปเกาะกับเม็ดเลือดขาวที่ใช้ต่อสู้กับเชื้อโรค ทำให้เม็ดเลือดขาวมีประสิทธิภาพในการต่อสู้กับเชื้อโรคต่างๆได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney) เป็นภาวะที่ไต ทำงานได้ลดลง ดูจากค่าการคัดกรองของไต eGFR หรือไตมีภาวะผิดปกติ เช่น มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะในระยะ ๓ เดือนขึ้นไป สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ที่พบบ่อย : โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง ,โรคไตอักเสบ,โรคนี้ในทางเดินปัสสาวะที่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ,การได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDsเป็นระยะเวลานาน อาการ : ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ,ขาบวมกดบุ๋มเกิดจากเกลือและน้ำคั่งในร่างกาย,หรือโปรตีนรั่วในปัสสาวะมาก หากบวมมากจะเหนื่อย หอบ จากการมีน้ำคั่งในปอด,ความดันโลหิตสูง,คันตามร่างกาย,อ่อนเพลีย ปัญหาและที่มาในการคัดเลือกกรณีศึกษา ๑.การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ๒.มีภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี เช่น ไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม ๓.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ๔.เป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ใน ๕ อันดับโรคแรก ทั้งผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน ๕.โรคร่วมที่มีความยุ่งยากในการดูแล เช่น มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมถึงการป้องกันรักษาโรคไตเรื้อรังในทุกระยะ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของไตและยังเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการหรือเสียชีวิตได้ ๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ สาระสำคัญ ขอบเขตการศึกษา ๑.เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะโรคไตเสื่อมเรื้อรัง มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอเขมราฐ รับยาในคลินิกCKD รพ.เขมราฐ จำนวน ๒ ราย ๒.ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ๓.ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ วิธีการศึกษา ๑.ทบทวน ค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการในงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรค DM,HT,CKD, Depressive disorders ๒. รวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ศึกษา ๓.ใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอก , ๗ Aspect of care และ ทฤษฎีสัมพันธภาพในการพยาบาล-

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)
ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นหลักแนวคิดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๕๕ ปี เป็นโรคเบาหวานมา ๑๒ ปี รักษาที่คลินิก CKD โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีความดันโลหิตสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ ๔ ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ทำหมันแล้ว แพทย์วินิจฉัย diabetes mellitus type ๒ with HT with chronic kidney disease stage ๔ ได้รับการรักษาด้วยยาแบบรับประทาน และ insulin injection มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน BMI=๓๒ ปวดเข่าและข้อเท้าปวดรับประทาน ในคลินิกCKD.มีกิจกรรมการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะของโรคแบบเฉพาะเจาะจง และติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ๓ครั้ง ในห้วงระยะเวลาที่ศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓ ครั้ง วันที่๑๗/๐๑/๖๖ FBS=๑๘๒mg/dl ,HbA๑c=๑๖.๕% ,eGFR=๒๗.๗๕ วันที่๑๕/๐๔/๖๖ FBS=๑๗๘mg/dl ,HbA๑c=๘.๒% ,creatinine=๑.๗๘mg/dl ,eGFR=๓๒.๓๔ วันที่๒๕/๐๗/๖๖ FBS=๑๙๒mg/dl ,HbA๑c=๗.๙% ,creatinine=๑.๖๔mg/dl ,eGFR=๓๔.๖๘ T.chol=๒๑๔ ,TG=๑๕๒ ,HDL=๔๗,LDL=๑๓๗ ยาที่ใช้ในการรักษา ๑.Losartan๕๐mg ๑tab O.D.pc ๒.Glipizide ๕mg ๒tab bid ac ๓.Simvastatin ๒๐mg ๑tab hs ๔.Amlodipine ๕mg ๑tab OD.pc ๕.Mixtard ๗๐:๓๐ ๖-๑-๔ ๖.Balm apply ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒ รับไว้ในความดูแลและศึกษา เมื่อวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๕๘ ปี เป็นโรคเบาหวานมา ๑๓ ปี รักษาที่คลินิก CKD โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ ๔ ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด ปฏิเสธการใช้สารเสพติด หมดประจำเดือนแล้ว แพทย์วินิจฉัย diabetes mellitus type ๒ with chronic kidney disease stage ๔ with Depressive disorders ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และinsulin injection มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน BMI=๓๕.๖ ปวดเข่าและข้อเท้าปวดที่ร้านขายยามารับประทาน มีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและความเจ็บป่วยของตนเอง รับประทาน ในคลินิกCKD.มีกิจกรรมการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะของโรคแบบเฉพาะเจาะจง และติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ๓ครั้ง ในห้วงระยะเวลาที่ศึกษา

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ๓ ครั้ง วันที่๓๑/๐๑/๖๖ FBS=๑๕๙mg/dl ,HbA๑c=๑๐.๘% ,eGFR=๓๙.๐๓ ,creatinine=๑.๙๔ วันที่๐๖/๐๖/๖๖ FBS=๒๓๗mg/dl ,HbA๑c=๑๓.๓% ,Creatinine=๒.๔๓mg/dl ,eGFR=๒๑.๒๘ วันที่๑๒/๐๙/๖๖ FBS=๑๗๕mg/dl ,HbA๑c=๑๐.๕% ,creatinine=๑.๗๖mg/dl ,eGFR=๓๑.๔๓ T.chol=๑๕ ,TG=๑๙๘ ,HDL=๓๒ ,LDL=๘๐ ยาที่ใช้ในการรักษา ๑.Novomix ๓๐ ๓๖-๐-๒๖ ๒.Simvastatin ๒๐mg ๑tb hs ๓.Fluoxetine ๒๐mg ๑tab.O.D.pc ๔.Glipizide ๕mg ๑tab bid ac ๕.Balm apply โดยคลินิก CKD.มีการดำเนินงานแบบสหสาขาวิชาชีพแบบ one stop service มีกิจกรรมการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะของโรคแบบเฉพาะเจาะจง กิจกรรมกลุ่มย่อยในห้องเรียนอ่อนหวาน อ่อนเค็ม การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายพยาบาลชุมชน อสม.ในพื้นที่ ผลการศึกษา : พบว่า ผู้ป่วยทั้ง๒รายเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเสื่อมระดับที่๔ อายุและระยะเวลาการเป็นโรคใกล้เคียงกัน แต่มีโรคร่วมต่างกัน โดยรายที่๑ มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง หลังเข้าสู่กระบวนการศึกษา ครั้งที่ ๑ มีระดับ HbA๑C ๑๖.๕ mg% ,ความดันโลหิต ๑๓๙/๘๖mmHg, eGFR=๒๗.๗๕ ครั้งที่๒ ระดับ HbA๑C ๘.๒mg% ,ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐mmHg , eGFR=๓๒.๓๔ ครั้งที่๓ eGFR = ๓๔.๖๘ และ HbA๑C=๗.๙mg% ส่วนรายที่ ๒ มีโรคร่วมเป็น Depressive disorders หลังเข้าสู่กระบวนการศึกษา ครั้งที่๑ มีระดับ HbA๑C ๑๐.๘mg% ,ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐mmHg, eGFR=๓๙.๐๓ ครั้งที่๒ ระดับ HbA๑C ๑๓.๓mg% ,ความดันโลหิต ๑๓๔/๗๒mmHg , eGFR=๒๑.๒๘ ครั้งที่๓ eGFR = ๓๑.๔๓ และ HbA๑C=๑๐.๕mg% ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระดับน้ำตาลในเลือดมีผลต่อระดับความเสื่อมของไตและความแตกต่างของโรคร่วมที่เป็นด้านจิตใจมีความยากและซับซ้อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าโรคทางกาย ซึ่งต้องใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร่วมด้วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นในที่สุด

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ข้อมูลลักษณะพื้นฐาน และแบบแผนสุขภาพ	มีความเสี่ยง เรื่อง ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อาจทำให้ไตเสื่อมเพิ่มขึ้น มีอันตรายจากโรคความ ดันโลหิตสูง อันตรายจาก การพลัดตกหกล้มจากการ ปวดเข่า	มีความเสี่ยงเรื่อง ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไตเสื่อมเพิ่มขึ้น ได้รับยา ฉีดอินซูลินไม่ครบตาม แผนการรักษา อาจได้รับ อันตรายจาก การปวดเข่า ซ้าย อาจได้รับส เตียรอยด์จากการใช้ยาแก้ ปวด อาจเกิดการติดเชื้อ จากการจัดการขยะจาก การฉีดยาไม่ถูกต้อง	กรณีศึกษาทั้ง๒รายควบคุม ระดับน้ำตาลได้ไม่ดี เหมือนกัน มีปวดเข่า เหมือนกันเสี่ยงต่อการหกล้ม และอาจได้รับสเตียรอยด์ จากการใช้ยาแก้ปวด *รายที่๒ มีความเสี่ยงจาก การใช้ยาฉีดอินซูลินไม่ ถูกต้องและการติดเชื้อจาก การจัดการขยะไม่ถูกต้อง
	แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ และการจัดการสุขภาพ - ความเข้าใจและ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่เหมาะสม (อาหาร การ ออกกำลังกาย การใช้ยาชุด แก้ปวดเข่า) =อาจได้รับอันตรายจาก อาการปวดเข่า แบบแผนที่๒ โภชนาการ -มีพฤติกรรมการบริโภค อาหารที่ไม่เหมาะสม -มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน แบบแผนที่ ๔ กิจกรรม ประจำวันและการออกกา ลังกาย ; -ปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน/ ทำงานบ้านได้ ออกกำลัง กายไม่ต่อเนื่อง	แบบแผนที่ ๑ การรับรู้ และการจัดการสุขภาพ - ความเข้าใจและ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ไม่เหมาะสม (อาหาร การ ออกกำลังกาย การใช้ยา แก้ปวดเข่า) = วิตกกังวลเรื่องปวดเข่า/ รายได้/การเจ็บป่วยจาก โรคซึมเศร้า -อาจได้รับอันตรายจาก อาการปวดเข่า แบบแผนที่๒ โภชนาการ มีพฤติกรรมการบริโภค อาหารที่ไม่เหมาะสม มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน แบบแผนที่ ๔ กิจกรรม ประจำวันและการออกกา ลังกาย ; -ปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน/ ทำงานบ้านได้ ไม่ออก กำลังกาย	ผู้ป่วยทั้ง ๒ราย มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทั้งอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาแก้ปวด *รายที่๒ มีความวิตกกังวล เรื่องโรคที่เป็น โรคซึมเศร้า รายได้ไม่เพียงพอ =อาจได้รับสารสเตียรอยด์ จากการซื้อยาแก้ปวดกินเอง กรณีศึกษาทั้ง๒รายมี พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ไม่เหมาะสมและมีภาวะ อ้วนเหมือนกัน กรณีศึกษาทั้ง๒ราย มี กิจวัตรประจำวันที่คล้ายกัน ออกกำลังกายน้อย การ พักผ่อนไม่เพียงพอในบาง วันพักผ่อนไม่หลับ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	แบบแผนที่ ๕ การนอนหลับพักผ่อน -นอนหลับๆตื่นๆ บางวันเมื่อมีความวิตกกังวลเรื่อง ปวดขา แบบแผนที่ ๑๑ การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด -เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยกับสามีและลูก บางครั้ง ไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน	แบบแผนที่ ๕ การนอนหลับพักผ่อน นอนไม่หลับเป็นบางวันเมื่อวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และการเจ็บป่วยของตนเอง แบบแผนที่ ๑๑ การเผชิญปัญหาและความอดทนต่อภาวะเครียด -เมื่อมีปัญหา มักจะอยู่คนเดียว คิดหาทางออกเอง ไม่ชอบคุยกับคนอื่นกลัวเป็นภาระ	*กรณีศึกษารายที่๒ มีแบบแผนการเผชิญความเครียดที่เสี่ยงต่อการป่วยทางจิต
วินิจฉัยทางการแพทย์	๑.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ๒. มีความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ๓. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รุนแรงเนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม ๔. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข่า ๕. มีความวิตกกังวลเรื่อง การปวดเข่า	๑.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รุนแรงเนื่องจากการทำงานของไตลดลง และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม ๓. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข่า ๔. มีความวิตกกังวลเรื่องปวดเข่า การฉีดยา ปัญหาเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยของตนเอง ๕. เตรียมยาฉีดควิบูคิม ระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา และ	กรณีศึกษาทั้ง๒ราย มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่เหมือนกัน๔ข้อ *มีข้อแตกต่างในโรคร่วมที่เป็น๑ข้อ และ รายที่๒ มีข้อแตกต่างในการเตรียมยาฉีดและการจัดการขยะไม่ถูกต้อง

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
		จัดการขยะติดเชื้อจาก การฉีดยาไม่ถูกต้อง ๒.มีภาวะซึมเศร้าจาก การเผชิญปัญหาและ ความอดทนต่อภาวะ เครียดได้ไม่ดี	
การวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล -การปฏิบัติหน้าที่หลัก ทางคลินิกของพยาบาล วิชาชีพ	๑.การประเมินผู้ป่วย -ประเมินปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วย (ตามการประเมินภาวะ สุขภาพ) ผลลัพธ์ วินิจฉัยทางการ พยาบาล(๕ข้อ) วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และปรับปรุงกิจกรรม การพยาบาลให้เหมาะสม ๒. การจัดการกับอาการ รบกวนต่างๆ : ทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ๒.๑ไม่สุขสบายเนื่องจาก มีอาการปวดเข่า - แนะนำการลด/บรรเทา อาการปวดเข่า การออก กำลังกาย การลดน้ำหนัก โดยการควบคุมอาหาร การเคลื่อนไหวที่ ปลอดภัย การใช้ยาแก้ ปวด ผลลัพธ์ อาการปวดขา ลดลง Pain score = ๓	๑.การประเมินผู้ป่วย -ประเมินปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วย (ตามการประเมินภาวะ สุขภาพ) -ผลลัพธ์ วินิจฉัยทางการ พยาบาล (๖ข้อ)วางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และปรับปรุงกิจกรรม การพยาบาลให้เหมาะสม ๒. การจัดการกับอาการ รบกวนต่างๆ : ทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ๒.๑ไม่สุขสบายเนื่องจาก มีอาการปวดเข่า - แนะนำการลด/บรรเทา อาการปวดเข่า การออก กำลังกาย การลดน้ำหนัก โดยการควบคุมอาหาร การเคลื่อนไหวที่ ปลอดภัย การใช้ยาแก้ ปวด -ผลลัพธ์ อาการปวดขา ลดลง Pain score = ๔	กรณีศึกษามีปัญหาที่ เหมือนกันใน โรคเบาหวานและการ ปวดเข่า

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	๒.๒มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการปวดเข่า - ให้ความรู้ เรื่อง สาเหตุของการปวดเข่า การแก้ไขด้วยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนัก วิธีลดความวิตกกังวล ชมเชย/ให้กำลังใจผู้ป่วยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ประเมินโดยแบบประเมิน ๒Q พบ คำตอบไม่มี ทั้ง ๒ คำถาม แบบประเมิน ๙Q ได้ ๒ คะแนน เปื่อ และไม่สบายใจเป็นบางวันนานๆ ครั้งเรื่องปวด ขา นอนหลับดี (<๔ คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า)	๒.๒มีความวิตกกังวลเรื่อง ปวดเข่า การฉีดยา ปัญหาเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยของตนเอง -ให้ความรู้ เรื่อง ปวดเข่า การฉีดยา แนะนำช่องทาง/แหล่งช่วยเหลือ ปัญหาค่าใช้จ่าย วิธีลดความวิตกกังวล ชมเชย/ให้กำลังใจผู้ป่วย ผลลัพธ์ นอนหลับยาก ประเมินโดยแบบประเมิน ๒Q พบว่า รู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน แบบประเมิน ๙Q ได้ ๗ คะแนน เปื่อ เียง ไม่สบายใจ และหลับยาก รู้สึกไม่ดี มีอาการของโรคซึมเศร้า ประเมิน ๘Q ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และส่งปรึกษาคลินิกจิตเวชเพื่อช่วยเหลือในโรคทางจิต	กรณีศึกษามีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันจากปัญหาที่พบ รายที่๒ จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า ต้องประสานความร่วมมือทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน
	๓. การดูแลความปลอดภัย ๓.๑ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ ๓.๑.๑เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากกิจกรรมปวดเข่า - ให้คำแนะนำการป้องกันการหกล้มที่บ้าน	๓. การดูแลความปลอดภัย ๓.๑ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ ๓.๑.๑เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายเนื่องจากมีอาการปวดเข่า - ให้คำแนะนำการป้องกันการหกล้มที่บ้าน	กรณีศึกษาทั้ง๒ราย มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บเหมือนกัน แต่ในรายที่๒ จะเน้นให้มีความเข้าใจและตระหนักมากกว่า

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	ได้แก่ การจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน การสวมเสื้อผ้า/รองเท้า การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา การเคลื่อนไหว การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ผลลัพธ์ ไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม	ได้แก่การจัดสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน การสวมเสื้อผ้า/รองเท้า การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การใช้ยาและอาการข้างเคียงของยา การเคลื่อนไหว การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน - สอนและให้ความรู้เรื่อง การตรวจและดูแลเท้าด้วยตนเอง การเลือกสวมรองเท้า การบริหารมือและเท้า กรณีมีผลอักเสบ บวมแดง ร้อน ให้รีบพบแพทย์/พยาบาล ผลลัพธ์ ไม่เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดแผลที่มือและเท้า	
	๓.๒ เตรียมและใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย -เครื่องมือ อุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว ๓.๓ปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of Care) คู่มือ/แนวทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน	๓.๒ เตรียมและใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย - เครื่องมือ อุปกรณ์ในการวัดสัญญาณชีพ เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว ๓.๒.๑ เตรียมยาฉีดควบคุมระดับน้ำตาลไม่ครบตามแผนการรักษา และจัดการขยะติดเชื้อจากการฉีดยาไม่ถูกต้อง ๓.๒.๒ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลเรื่องยาฉีดอินซูลิน ภารเตรียมยา ภารฉีดยา การจัดเก็บยา และการจัดการขยะจากการฉีดยา	=กรณีศึกษาที่๑ ไม่พบปัญหาการใช้อุปกรณ์ต่างๆ -กรณีศึกษาที่๒ มีปัญหาในการเตรียมยาฉีดไม่ถูกต้อง จึงได้ให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลร่วมด้วย

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
		ผลลัพธ์ ผู้ป่วยเตรียมยาฉีดได้ถูกต้อง และกำจัดการขยะที่เกิดขึ้นจากการฉีดยาถูกต้อง ๓.๓ปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการพยาบาลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล และหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of Care) คู่มือ/แนวทางต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน	
	๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล ๔.๑ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมอดทนอดกลั้นไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน เข้ากลุ่มfocus group แนะนำอาหารแลกเปลี่ยน พื้นถิ่นอีสานที่สัดส่วนเหมาะสมของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน รับประทานอาหารเป็นเวลา ลดผลไม้หวาน งดดื่ม น้ำหวาน สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ แนะนำ การออกกำลังกาย ศึกษาราย ตามแผนการรักษา ติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด	๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล ๔.๑ มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และมีพฤติกรรมอดทนอดกลั้นไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน เข้ากลุ่มfocus group แนะนำอาหารแลกเปลี่ยน พื้นถิ่นอีสานที่มีสัดส่วนเหมาะสมของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน รับประทานอาหารเป็นเวลา ลดผลไม้หวาน งดดื่ม น้ำหวาน สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ แนะนำ การออกกำลังกาย ศึกษาราย ตามแผนการรักษา ติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด	-กรณีศึกษาที่๑ มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้นตามลำดับ -กรณีศึกษาที่๒ มีปัญหาในการดูแลตนเองจึงได้ให้ญาติช่วยดูแลใกล้ชิดร่วมด้วย จึงใช้เวลาในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีขึ้นนานกว่า

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ และการมาพบแพทย์ตามนัด ผลลัพธ์ ระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดสะสมการเยี่ยมครั้งที่ ๒ = ๘.๒% และไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	แนะนำการสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำ และการมาพบแพทย์ตามนัด ผลลัพธ์ ระดับน้ำตาลในเลือดในเลือดสะสมการเยี่ยมครั้งที่ ๓ = ๑๐.๕% และไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	
	๔.๒ มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลภาวะสุขภาพ/ปัญหาสุขภาพ ให้ความรู้สาเหตุความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วน เกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และอ้วนลงพุง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง สอนการวัดเส้นรอบเอว การชั่งน้ำหนัก การใช้ยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา ผลลัพธ์ ความดันโลหิต ๑๒๐/๖๖-๑๒๐/๗๐ mmHg น้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย	๔.๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากการทำงานของไตลดลง eGFR=๓๙.๐๓ เป็น eGFR=๒๑.๒๘ และพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่เหมาะสม ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๓๐/๘๐ mmHg โดยรับประทานยาตามแผนการรักษา การควบคุมระดับไขมัน การหลีกเลี่ยงการใช้อายแก้ปวด ผลลัพธ์ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะน้ำเกิน น้ำหนักตัวไม่ขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ระดับ eGFR เพิ่มขึ้นเป็น ๓๑.๔๓	-กรณีศึกษาที่๑ มีการดูแลตนเองได้ดีขึ้นตามลำดับ -กรณีศึกษาที่๒ มีปัญหาในการดูแลตนเองจึงได้ให้ญาติช่วยดูแลใกล้ชิดร่วมด้วย จึงใช้เวลาในการควบคุมระดับน้ำตาลและการชะลอไตเสื่อมนานกว่า

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	๕. การดูแลต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ๒ ครั้ง เพื่อประเมินผลการ พยาบาลและให้การดูแล ต่อเนื่อง ประสานกับ รพ. สต.และแหล่งประโยชน์ ในชุมชนเพื่อให้ความ ช่วยเหลือผู้ป่วย และส่ง ต่อปัญหาที่ต้องดูแล ต่อเนื่องให้พยาบาล ชุมชน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการ ติดตามอาการและการ รักษาพยาบาลต่อเนื่อง	๕. การดูแลต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ๓ ครั้ง เพื่อประเมินผลการ พยาบาลและให้การดูแล ต่อเนื่อง ประสานกับ รพ. สต.และแหล่งประโยชน์ ในชุมชนเพื่อให้ความ ช่วยเหลือผู้ป่วย และส่ง ต่อปัญหาที่ต้องดูแล ต่อเนื่องให้พยาบาล ชุมชน ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการ ติดตามอาการและการ รักษาพยาบาลต่อเนื่อง	มีการประสานงานกับ เครือข่ายในชุมชนทั้ง ๒ รายเหมือนกัน
	๖. การสนับสนุนการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว : ให้ ความรู้ แนะนำการ ปฏิบัติตัว ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วย เพื่อให้การดูแล ติดตามเฝ้าระวังภาวะ สุขภาพ ให้กำลังใจและ เสริมพลัง จัดหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคมใน ชุมชนเพื่อสนับสนุน ช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้ สามารถดูแลตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ผู้ป่วยปฏิบัติตัว ได้ถูกต้อง ทราบแหล่ง ประโยชน์ มีช่องทางจูงจูง ติดต่อ เช่นเบอร์โทรศัพท์	๖. การสนับสนุนการดูแล สุขภาพตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว : ให้ ความรู้ แนะนำการ ปฏิบัติตัว ติดตามเยี่ยม ผู้ป่วย เพื่อให้การดูแล ติดตามเฝ้าระวังภาวะ สุขภาพ ให้กำลังใจและ เสริมพลัง จัดหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคมใน ชุมชนเพื่อสนับสนุน ช่วยเหลือ ผู้ป่วยให้ สามารถดูแลตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ ผู้ป่วยปฏิบัติตัว ได้ถูกต้อง ทราบแหล่ง ประโยชน์ มีช่องทางจูงจูง ติดต่อ เช่นเบอร์โทรศัพท์	กรณีศึกษาทั้ง๒ราย มี การปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และมีการติดต่อสถาน บริการสุขภาพ/แหล่ง ประโยชน์ได้

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน			
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)			
เปรียบเทียบความเหมือนและข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)			
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	๗. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย: ปฏิบัติการ พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย สิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รักษาความลับ ข้อมูลของผู้ป่วย ช่วยเหลือเอาใจใส่ ให้ข้อมูล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้ “แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการในคลินิก NCD โรงพยาบาล เชมราฐ พบว่าผู้ป่วยมีความ พึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับระดับมากทุกข้อ	๗. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย : ปฏิบัติการ พยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย สิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย รักษาความลับ ข้อมูลของผู้ป่วย ช่วยเหลือเอาใจใส่ ให้ข้อมูล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้ “แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ใช้บริการในคลินิก NCD ร ๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐ พบว่า ผู้ป่วยมีความ พึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับระดับมากทุกข้อ	กรณีศึกษาทั้ง๒ราย มีความพึงพอใจในระดับมาก
วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ การตระหนักรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและสามารถชะลอไตเสื่อมได้ ๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ) ๕.๑ เชิงปริมาณ การนำกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยนอกมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและใช้หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗ Aspect of care)เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล การพัฒนาบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายโดยใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตร่วมด้วยทำให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาด้านสุขภาพทั้งด้านจิตใจและร่างกายของผู้ป่วยแต่ละคนทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน ดังผลกิจกรรมในงานในภาพรวมของอำเภอเขมราฐ มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี(HbA๑C < ๗)เพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ร้อยละ ๓๙.๑๓,๓๙.๙๗และ๕๖.๐๕ตามลำดับ			

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)(ต่อ)
๕.๒ เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ เกิดความร่วมมือประสานการดูแลทั้งระบบในเครือข่ายจากโรงพยาบาลชุมชนสู่ รพ.สต.และเข้าถึงชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจในระดับมาก ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ การนำหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (๗Aspect of Care) ใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีและมีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแล เป็นการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้ ๑. การประเมินผู้ป่วย เพื่อให้มีข้อมูลเพียงพอต่อการนำไปวินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุม ๒. การจัดการกับอาการหรือโรคต่างๆ ๓. การดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย (ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่างๆ อุปกรณ์จำเป็นที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลมีเพียงพอ พร้อมใช้ และปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย ปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทาง) ๔. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล ๕. การให้การดูแลต่อเนื่อง (ประเมินผลการพยาบาล ประสานงาน การสื่อสาร การส่งต่อ) ๖.การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ๗.การสร้าง ความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ๘. เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ กรณีศึกษาที่มีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างจากปัญหาที่พบ กรณีศึกษารายที่๒ จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า ต้องประสานความร่วมมือครอบครัว ผู้ดูแลให้ความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเครือข่าย ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ๑.การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมให้การรักษายังไม่ราบรื่นเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ได้ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ๒.การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความลำบากจากเศรษฐกิจที่ไม่ดี ไม่มีพาหนะที่สะดวกในการมาโรงพยาบาล ๙.ข้อเสนอแนะ ควรให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาการสื่อสาร การเดินทาง เศรษฐฐานะไม่ดี และกลุ่มผู้สูงอายุแบบบูรณาการในเครือข่ายสุขภาพ โดยใช้บุคลากรและเทคโนโลยีที่เข้าถึงง่ายมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การประชุมวิชาการ เรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI จัดโดย สมาคมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

๑) พันจ่าเอก อนุชา อุภัยชีวะ สัดส่วนของผลงาน. ๑๐๐%

๒) สัดส่วนของผลงาน.....

๓) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) พันจ่าเอก.....

(อนุชา อุภัยชีวะ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๗ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
พันจ่าเอก อนุชา อภัยชีวะ	พอ. 

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางนวลศิริพันธ์ ปิยะชัยกวี.)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายภิรักษ์ รุ่งพัฒนชัยกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ

(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง : การจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานไร้รอยต่อ

๒. หลักการและเหตุผล

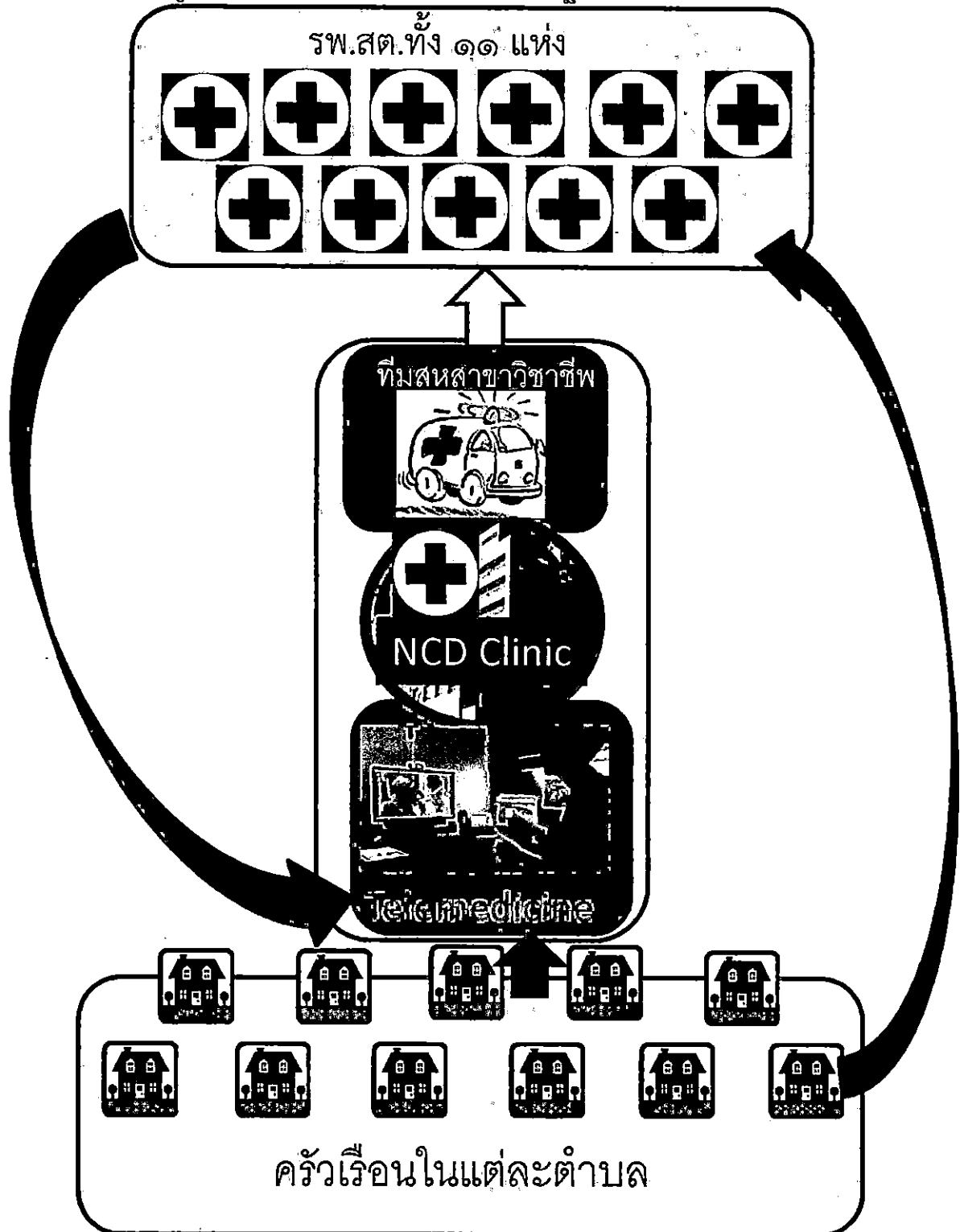
โรคเบาหวานนับเป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญและนำมาซึ่งความสูญเสียทรัพยากรในการดูแลสุขภาพ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเองและผู้ดูแลรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในครอบครัว มีอาการป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้นอกจากจะเป็นโรคที่รักษาไม่หายแล้ว ยังเชื่อมโยงไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ อีกมากมาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง สำหรับสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรค คือ "กรรมพันธุ์" และ "สิ่งแวดล้อม" ในส่วนของกรรมพันธุ์นั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญขึ้นเรื่อยๆเมื่อมีอายุมากขึ้น ขณะที่สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เริ่มต้นตั้งแต่ในครรภ์แม่ แม้กรรมพันธุ์จะเป็นสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมปัจจัยเรื่องอาหารและสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานได้ จากข้อมูลอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเขมราฐ ปี ๒๕๖๖ พบว่าประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ๔,๘๑๓ ราย (ข้อมูล HDC ณ. ๑ ต.ค.๒๕๖๖) เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขมราฐ ต้องรับผู้ป่วยเบาหวานในวันพุธ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์จำนวน ๑๐๐-๑๔๐ รายต่อวันซึ่งมีทั้งกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและมีภาวะแทรกซ้อนรวมกัน ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมบำบัดแก่ผู้ป่วยได้ครอบคลุม และกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุมีจำนวนมากถึงร้อยละ ๕๘ และร้อยละ ๖๕ ของกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีความลำบากในการเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องจากไม่มียานพาหนะและผู้ดูแลที่จะพามาตามนัด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเขมราฐ มีการจัดบริการแบบ one stop service มีผู้ป่วยเบาหวานรับบริการในคลินิก ๒,๓๗๘ คน ให้บริการทุกวัน พุธ พฤหัสบดีและวันศุกร์ ผู้ป่วยเฉลี่ยวันละ ๑๒๐ คน และกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนอีกกว่า ๒,๔๐๐ คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดในการเดินทางมาโรงพยาบาลถึง ๘๙๖ คน จึงทำให้มีอัตราการขาดนัดในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ ๒๐ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษา ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

งานผู้ป่วยนอก จึงได้มีแนวคิดที่จะลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น โดยการจัดโครงการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเขมราฐ โดยมีเกณฑ์การส่งต่อตามมาตรฐานของโรงพยาบาลและความสมัครใจของผู้ป่วย บุคลากรประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ ออกให้บริการแต่ละ รพ.สต.ทุกแห่ง ทุก ๒ เดือน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาล และ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางไกลๆมาโรงพยาบาลได้ก็สามารถมารับบริการที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน ซึ่งยังพบว่าข้อจำกัดในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล เดินทางด้วยตัวเองลำบาก ไม่มีญาติพามารับการตรวจรักษา จึงได้มีแนวคิดในการให้บริการแบบไร้รอยต่อ โดยใช้เทคโนโลยี แอปพลิเคชันไลน์ที่มีใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน และระบบ Telemedicine ของโปรแกรม HI ในการตรวจรักษาแบบ Telemedicine จากที่บ้านของผู้ป่วย โดยใช้เครือข่าย อสม.และพยาบาลชุมชนในการจัดการ

รูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานไร้รอยต่อ คปสอ.เขมราฐ



ขั้นตอนการรับยา

๑.ญาติ/ผู้ดูแลมารับที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน

๒.กรณีไม่มีญาติ ให้ อสม./CG นำส่งที่บ้าน

๓.พยาบาลชุมชน/ทีมสหสาขาวิชาชีพลงเยี่ยมบ้านในวันนี้ออกให้บริการใน รพ.สต.(ทุก๒เดือน)

ข้อจำกัดที่พบในการใช้แอปพลิเคชันไลน์/ระบบ HI ของเครือข่ายมีดังนี้

๑.พื้นที่ในชุมชนต้องมี Internet

๒.ระบบ Telemedicine ในโปรแกรม HI ผู้ป่วยต้องลงทะเบียนในแอปพลิเคชันพร้อม ในสมาร์ตโฟนที่พร้อมใช้งานก่อน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังไม่มีสมาร์ตโฟนเป็นส่วนใหญ่

๓.กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิจ่ายตรง ต้องยืนยันตัวตนผ่านระบบของโรงพยาบาล

แนวทางแก้ไขปัญหที่อาจเกิดขึ้น

๑.ควรใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นหลัก เนื่องจากในทุกหมู่บ้านของอำเภอเขมราฐมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตครอบคลุม และสามารถให้สมาร์ตโฟนของเจ้าหน้าที่/อสม./ญาติได้

๒.กลุ่มสิทธิจ่ายตรง สามารถใช้การเคียะเลขัตถ์ประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยแทนได้(กรณีที่มีข้อจำกัด)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความครอบคลุมในทุกพื้นที่โดยไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล

๒. สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชน

๓. เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

๔. สามารถนำมาสร้างแนวทางด้านนโยบายสาธารณะในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและกลุ่มโรคอื่นๆได้

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีข้อจำกัดในการเดินทางมาโรงพยาบาลได้รับการรักษาที่ รพ.สต.ใกล้บ้านตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลเขมราฐ ร้อยละ ๙๐

๒.ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่เป็นผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดในการเดินทางได้รับการดูแลจากแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลเขมราฐ ร้อยละ ๑๐๐

๓.ผู้ป่วยเบาหวานที่มีข้อจำกัดในการเดินทางมาโรงพยาบาลมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) พันจ่าเอก.....

(อนุชา อุภัยชีวะ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๓ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องมีลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา)

๑. ชื่อผลงาน การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะรกค้างและมีภาวะช็อก:กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ในกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ ๒ ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง การตกเลือดหลังจาก ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด ไปจนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด สาเหตุการตายส่วนใหญ่ เกิดจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี ๔ สาเหตุหลัก (๔T) ได้แก่ ๑. Tone คือ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ๒. Trauma คือ การฉีกขาดของช่องคลอด ๓. Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ ๔. Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ ชนิดและความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

การตกเลือดหลังคลอด แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ ๒ ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง

๑. การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก (Primary or early postpartum hemorrhage) จะหมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด

๒. การตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง (Secondary or late postpartum hemorrhage) จะหมายถึง การตกเลือดที่เกิดขึ้นในระยะ ๒๔ ชั่วโมงจนถึง ๑๒ สัปดาห์หลังคลอด

ระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอด

โดยทั่วไปจะใช้ปริมาณของการสูญเสียเลือดหลังคลอดเป็นเกณฑ์ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของการตกเลือดหลังคลอดเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (Mild PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๕๐๐ มิลลิลิตรขึ้นไป ระดับรุนแรง (Severe PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรขึ้นไป และระดับรุนแรงมาก (Very severe or major PPH) คือ สูญเสียเลือดตั้งแต่ ๒,๕๐๐ มิลลิลิตรขึ้นไป

การตกเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ ๒๕ โดยองค์การอนามัยโลก ประเมินว่ามีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี สำหรับประเทศไทยจากสถิติปี พ.ศ. ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ มีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ ๒๒.๕, ๒๒.๙ และ ๓๙ ตามลำดับ ต่อการเกิดมีชีพแสนราย (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) ซึ่งในโรงพยาบาลเขมราฐ มีมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ ร้อยละ ๓.๐๘, ๒.๖๐ และ ๒.๙๖ ตามลำดับ และมีภาวะช็อกและได้รับการส่งต่อถึงร้อยละ ๐.๕๗, ๐ และ ๐.๒๙ ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีและรกค้าง พยาบาลประจำห้องคลอดจึงได้ศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หาแนวทางเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ดังนั้นหน่วยงานห้องคลอดจึงได้จัดทำแผนการพัฒนาระบบการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด มีการพัฒนาและทบทวนระบบการค้นหาภาวะเสี่ยงต่างๆ การคัดกรองความเสี่ยงแรกเริ่ม การปรับแนวทางการปฏิบัติดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดให้ได้มาตรฐาน การสำรองเลือด การประเมินอาการและอาการแสดง จัดทำรณดุกเงิน EMERGENCY พร้อมทั้งประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเกินศักยภาพการดูแลสามารถส่งต่อไปลดภัย ลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จึงเป็นหน้าที่เบื้องต้นที่พยาบาลห้องคลอดต้องสามารถประเมินคัดกรองความเสี่ยงได้ตั้งแต่แรกเริ่มและช่วยเหลือในภาวะวิกฤติเร่งด่วน ขั้นตอนการดูแล การประเมินการสูญเสียเลือดตลอดจนการรายงานแพทย์และการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด ประกอบด้วยบทบาท การเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติจากการตกเลือดหลังคลอด บทบาทการหาสาเหตุและประเมิน

ความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด บทบาทตามมาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ดังนี้

๑. บทบาทการเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติจากการตกเลือดหลังคลอด

การเตรียมทีมที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้ด้วยหลัก ๔C ที่มีองค์ประกอบและทักษะสำคัญที่จำเป็นของทีมดูแลผู้ป่วยในภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ (ปาริฉัตร อารยะจาร, ๒๕๖๕)

๑.๑ การกำหนดหัวหน้าทีมที่ชัดเจน (clarify leadership)

การดูแลรักษาผู้คลอดที่มีภาวะวิกฤติต้องมีการกำหนดหัวหน้าทีมที่ชัดเจน และจะต้องมีเพียงคนเดียวเท่านั้น เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในการสั่งการรักษา หัวหน้าทีมสามารถเป็นได้ทั้งสูติแพทย์หรือพยาบาลซึ่งมีประสบการณ์มากพอในการดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด

๑.๒ การกำหนดผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ตามที่ชัดเจน (clarify followers)

การมีทีมผู้ปฏิบัติงานที่ดีและรู้หน้าที่ความรับผิดชอบของตน ซึ่งทีมผู้ปฏิบัติงานควรมีการแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน (Titapant & Lertbunnaphong, ๒๐๑๖) และมีการซักซ้อมสถานการณ์จำลอง เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างทันทั้งที่ และมีประสิทธิภาพเมื่อภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

๑.๓ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (clear communication)

การสื่อสารในภาวะวิกฤติที่มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจน เป็นลำดับ ตามมาตรฐาน เช่น ชนิด ขนาดและวิธีการบริหารยาที่ต้องการ (Titapant & Lertbunnaphong, ๒๐๑๖) นอกจากนี้พยาบาลควรมีทักษะรอบด้านทางปัญญา ทางสังคม และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Non-technical skills) เพื่อเป็นการเสริมให้การใช้ทักษะทางเทคนิคการพยาบาล (Technical skills) เกิดขึ้นได้อย่างสำเร็จอย่างปลอดภัยมีประสิทธิภาพ

๑.๔ การทวนคำสั่งการรักษา (closed loop communication)

เมื่อมีการสื่อสารในภาวะวิกฤติตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลแล้ว ผู้ปฏิบัติงานต้องมีการทวนคำสั่งการรักษา (closed loop communication) ให้หัวหน้าทีมรับทราบอย่างต่อเนื่อง ชัดเจน ตามแผนการรักษาที่ได้รับทุกครั้ง บทบาทการหาสาเหตุและประเมินความรุนแรงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

๒.๑ การประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่พบบ่อย ๔ ประการ คือ ๔Ts (Tone, Tissue, Trauma, Thrombin)

๒.๒ การประเมินปริมาตรการสูญเสียเลือด วิธีการใช้ถุงตวงเลือด

๒.๓ การประเมินจากอาการแสดงของสัญญาณชีพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

บทบาทตามมาตรฐานการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อยคือ ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) ซึ่งการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนและมีแนวทางแนะนำจากองค์กรทางสูติศาสตร์มากมายที่เป็นที่ยอมรับคือ การทำ Active Management of Third Stage of Labour ประกอบด้วย

๑. การให้ยาส่งเสริมการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (Prophylactic uterotonic agent) การให้ uterotonic agent

๒. การทำคลอดรกด้วยวิธีผูกตึงสายสะดือ (Controlled cord traction) ในกรณีที่ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและผ่านการอบรมเฉพาะทาง ในบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลผู้คลอดในระยะคลอดรก ตามประกาศข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๖๔ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา กล่าวว่าให้พยาบาลผดุงครรภ์“ทำคลอดรก และเยื่อหุ้มทารกโดยใช้วิธี Modified Credé Maneuver การตรวจรกและเยื่อหุ้มรก ในรายที่รกค้างถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเป็นอันตรายต่อมารดาให้ทำคลอดรก ด้วยวิธีผูกตึงสายสะดือ (Controlled cord traction) ถ้ารกไม่คลอดให้ส่งต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือส่งต่อไปสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทันที”

๓. การยืดเวลาเริ่ม clamp สายสะดือทารกออกไป (delay cord clamping)

๔. การนวดมดลูกภายหลังรกคลอด (Uterine massage) ภายหลังรกคลอดครบ ให้ทำการนวดมดลูกเป็นระยะเพื่อให้แข็งตัว และคลำมดลูกเพื่อตรวจสอบการแข็งตัวทุก ๑๕ นาทีใน ๒ ชั่วโมงแรก การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอนได้แก่

๑. การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)

๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

๓. การวางแผนการพยาบาล (planning)

๔. การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

๕. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

แนวทางการรวบรวมข้อมูลสุขภาพของมารดาตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

๑. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

๒. โภชนาการและ การเผาผลาญอาหาร

๓.การขับถ่าย

๔. กิจกรรม และการออกกำลังกาย

๕. การพักผ่อนนอนหลับ

๖. สถิติปัญญาและการรับรู้

๗. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์

๘. บทบาทและสัมพันธภาพ

๙. เพศและการเจริญพันธุ์

๑๐. การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด

๑๑. คุณค่าและความเชื่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลก สำหรับประเทศไทยจากสถิติปี พ.ศ. ๒๕๖๒ มีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๘ และในโรงพยาบาลเขมราฐ มีมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ ร้อยละ ๓.๐๘, ๒.๖๐ และ ๒.๙๖ ตามลำดับ และมีภาวะช็อกและได้รับการส่งต่อถึงร้อยละ ๐.๕๗, ๐ และ ๐.๒๙ ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและรกค้าง พยาบาลประจำห้องคลอดจึงได้ศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด หาแนวทางเพื่อลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึงการเสียเลือดมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอดหรือมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ในกรณีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง แบ่งตามระยะเวลาของการตกเลือดได้ ๒ ชนิด ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก ภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการตกเลือดหลังคลอดในระยะหลัง การตกเลือดหลังจาก ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด ไปจนถึง ๖ สัปดาห์หลังคลอด สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่สำคัญและพบได้บ่อยมี ๔ สาเหตุหลัก (๔T) ได้แก่ ๑. Tone คือ มดลูกหดรัดตัวไม่ดี (Uterine atony) ๒. Trauma คือ การฉีกขาดของช่องทางคลอด ๓. Tissue คือ การมีเศษรก/เนื้อเยื่อหรือรกค้าง และ ๔. Thrombin คือ ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด ซึ่งสาเหตุเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้และไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้

ดังนั้น จึงได้จัดทำแผนการพัฒนาการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และทบทวนการค้นหาลักษณะเสี่ยงต่างๆ การคัดกรองความเสี่ยงแรกเริ่ม การปรับแนวทางการปฏิบัติดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดให้ได้มาตรฐาน การสำรองเลือด การประเมินอาการและอาการแสดง จัดทำรถฉุกเฉิน EMERGENCY พร้อมทั้งประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว ถ้าเกินศักยภาพการดูแลสามารถส่งต่อได้ปลอดภัย ลดความรุนแรงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลมารดาในระยะหลังคลอด มีความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดหลังคลอด แนวปฏิบัติและบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลเพื่อ ป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และนำแนวปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดไปประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด จากตำราเอกสารวิชาการและข้อมูลวิชาการหรือวารสารทางอินเทอร์เน็ตที่น่าเชื่อถือ เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะราย นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

๒. เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (case Study) จากมารดาที่มีภาวะตกเลือดและมีภาวะรกร้างที่มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของผู้ป่วย จำนวน ๒ ราย ซึ่งมารับบริการที่งานพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลเขมราฐ

๓. ศึกษาสถิติและปัญหาทางการพยาบาลในมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

๔. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

๕. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบจิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติ การเจ็บป่วยของครอบครัว

๖. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)

๗. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษายาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

๘. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะรายจัดทำเป็นเอกสารวิชาการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของผลงานเนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อน-หลังพิมพ์ นำเสนอตามลำดับขั้น

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การประเมิน การคัดกรอง การให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

๒. เพื่อให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย เข้าใจภาวะสุขภาพ สามารถกลับมาใช้ชีวิตมีสุขภาพตามปกติได้

๔.๔ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะรक्त้างและมีภาวะ
ช็อก : กรณีศึกษา ๒ ราย

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ หญิงสัญชาติ ลาว อายุ ๒๘ ปี อาชีพ แม่บ้าน สถานภาพสมรส คู่ ไม่ได้ได้รับการศึกษา ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยาอาหาร ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาดั้งครรภ์ G_๔P_๓A_๐L_๓ อายุครรภ์ ๓๘^๓ สัปดาห์ by u/s ผ่าครรภ์ที่ ๓ สถานพยาบาล ไม่ครบคุณภาพครั้งที่ ๑,๒,๔ มารดาผ่าครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ น้ำหนัก = ๖๔.๔ กิโลกรัม ส่วนสูง = ๑๕๒ เซนติเมตร น้ำหนักขึ้น ๙.๔ กิโลกรัม BMI = ๒๓.๘ kg/m^๒ แรกรับวันที่ ๒๓ ม.ค. ๒๕๖๕ เวลา ๐๖.๓๐ น.อาการสำคัญ เจ็บครรภ์คลอดก่อนมา รพ. ๒ ชม. ๓๐ นาที เริ่มเจ็บครรภ์เวลา ๐๔.๐๐ น. มารดาให้ประวัติว่า ๒ ชม. ๓๐ นาที ก่อนมา เจ็บครรภ์ถี่ ลูกดิ้นดี มีน้ำใสไหลจากช่องคลอด ๓๐ นาที ก่อนมาโรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ=๓๖.๗ °C ชีพจร=๙๘/นาที หายใจ=๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต=๑๔๐/๙๐ mmHg. O_๒sat=๙๘% ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ๑๓๐ ครั้งต่อนาที ท่ำ ROA, Interval = ๒ นาที, Duration = ๕๐ วินาที, High of fundus = ๓๖ ซม, ประเมินขนาดทารกในครรภ์= ๓,๗๘๙ กรัม ผล ATK =negative จึงนำเข้าตรวจครรภ์ห้องคลอด เวลา ๐๗.๑๐ น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๑๐ cms, eff ๑๐๐% station ๐, MR (AF: Thick Meconium at ๐๖.๐๐ น.) ให้สารน้ำ ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ ml. vein drip ๘๐ cc/hr(เส้นที่ ๑), on O_๒ mask with bag ๑๐ LPM ย้ายคลอด รายงานแพทย์รับทราบเพื่อรอรับเด็ก เวลา ๐๗.๒๐ น.แพทย์ตรวจเย็บมดลูก: U/S: Cephalic presentation Placenta: Anterior Upper-middle gr.III, ประเมินน้ำหนักทารก ยึดตาม Ultra Sound ๓,๑๔๓ กรัม เวลา ๐๗.๔๖ น. คลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก ๔,๐๙๐ กรัม ทารกแข็งแรงดี APGAR ๙-๑๐-๑๐(หักสี) เวลา ๐๘.๐๐ น. หลังคลอด ๑๕ นาทีรกยังไม่คลอด ตรวจพบรกติดแน่น ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ๓๐๐ ml. แพทย์ให้สารน้ำเพิ่ม ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml vein drip ๖๐ cc/hr(เส้นที่ ๒), Hct. Stat=๓๖% มารดารู้สึกตัวดี ไม่มี Active bleeding ประเมินมีสัญญาณการลอกตัวของรก ทำคลอดรกต่อ เวลา ๐๘.๒๐ น. ชีพจร=๙๐/นาที หายใจ=๒๐/นาที ความดันโลหิต = ๑๒๐/๘๐ mmHg.O_๒ sat=๙๙% หลังคลอดผ่านไป ๓๐ นาที รกยังไม่คลอด แพทย์ทำ Ultra sound พบลักษณะรกยังไม่ลอกตัว ทำคลอดรกยังติดแน่น เวลา ๐๘.๓๐ น.แพทย์เวรconsult สูติแพทย์ รพ.ตระการพิชผล พิจารณาให้ load NSS ๕๐๐ ml vein drip (เส้นที่ ๑), pethidine ๕๐ mg. vein, Valium ๑๐ mg. vein พิจารณาส่งต่อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ (ต่อ)

โรงพยาบาลตระการพืชผล เวลา ๐๘.๓๕ น. ขณะเตรียมส่งต่อ ยังไม่ได้ให้ยา พบตัวรกบริเวณปากช่องคลอด จึงทำคลอดรกแบบ Modified crede maneuver รกคลอดครบ เวลา ๐๘.๓๖ น. ดูแลให้ยา Methergin ๐.๒ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ คลื่นมดลูกหดตัวดี ยังมีเลือดซึม มีเลือดออกเพิ่ม ๕๐๐ ml. รวมปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทั้งหมด ๘๐๐ ml. วัดชีพจร=๑๑๘/นาที, หายใจ=๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต=๑๓๐/๖๐ mmHg. ให้สารน้ำ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml vein load ๕๐๐ ml. then ๒๐ ml/hr(เส้นที่๑) ,๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml + synto ๔๐ u vein ๑๐๐ml/hr, On O๒ Mask c bag ๑๐ LPM, ใส่สายสวนปัสสาวะ ติดตามความเข้มข้นเลือดทุก ๘ ชม. แพทย์ทำ Ultra sound พบมี blood clot ในโพรงมดลูก ให้สังเกตอาการและเลือดออกทางช่องคลอดต่อ ย้ายหลังคลอด มารดาไม่มีวิงเวียน มดลูกหดตัวดี แผลไม่มี hematoma วัดสัญญาณชีพ ชีพจร=๑๐๐/นาที หายใจ=๒๐/นาที ความดันโลหิต=๑๒๐/๘๐ mmHg.O๒ sat=๙๘% ครบ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด คลื่นมดลูกหดตัวดี ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม หลังคลอด ๘ ชั่วโมง เจาะ Hct = ๒๕% มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีวิงเวียน รายงานแพทย์ทราบให้ ส่งตรวจ CBC, ได้รับเลือด PRC ๑ unit ๒๒๑ ml. กรุ๊ป B ระหว่างได้เลือดไม่มีอาการแพ้เลือด หลังได้เลือด ๓ ชั่วโมง เจาะ Hct= ๒๔% มารดาไม่มีอาการวิงเวียน นานนมไหลดี กระตุ้นทารกดูดนมได้ น้ำคาวปลาปกติ

กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ นอน รพ. ๒ แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ ได้รับยา ObiminAZ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้งรับประทาน ๑ เดือน และยา Paracetamol(๕๐๐mg) รับประทาน ๑ เม็ดเมื่อมีอาการปวดมดลูก ปวดแผลฝีเย็บ หลังจากกลับบ้านมารดาสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนติดตามต่อเนื่องหลังคลอด ๑ เดือน สุขภาพแข็งแรงดี ปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ หญิงไทย อายุ ๓๕ ปี อาชีพ รับจ้าง สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ ๖ ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยาอาหาร ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว มารดาดั้งครรภ์ G๒P๑A๐L๑ อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ by Ultra Sound ประจำเดือนจำไม่ได้ ฝากครรภ์ที่ PCU เขมราฐ ไม่ครบคุณภาพครั้งที่ ๑ ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ ๑๖ สัปดาห์ น้ำหนัก =๖๗.๗ กิโลกรัม ส่วนสูง =๑๖๐ เซนติเมตร น้ำหนักขึ้น ๑๘.๗ กิโลกรัม BMI= ๑๙.๑๔ kg/m๒ แรกรับวันที่ ๘ พ.ค.๒๕๖๕ เวลา ๑๙.๒๐ น. เจ็บครรภ์เวลา ๑๗.๐๐ น. มารดามาโรงพยาบาลด้วยอาการ เจ็บครรภ์คลอด ลูกดิ้นดี ไม่มีน้ำเดิน วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ=๓๖.๖ °C ชีพจร=๑๐๐ครั้ง/นาที , หายใจ= ๒๐ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต=๑๔๐/๙๐ mmHg. ตรวจร่างกายมารดาพบมีมือทั้งสองข้างลีบและงอ เดินได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ๑๕๐ ครั้งต่อนาที ท่า LOA, Interval > ๑๐ นาที Duration ๒๐ วินาที, High of fundus ๒๙ cms, ประเมินขนาดทารกในครรภ์ ๒,๗๑๓ กรัม, ตรวจประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ EFM Cate I ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๒ cms, eff: Soft, station -๒, MI ประเมินความก้าวหน้าการคลอด ๔ ชั่วโมง พบปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม วันที่ ๙ พ.ค.๒๕๖๕ เวลา ๐๐.๐๕ น. แพทย์ตรวจเย็บมดลูก ทำUltra Sound: FHS ปกติ, Cephalic presentation Placenta: Normal, ประเมินขนาดทารกในครรภ์ ๓,๑๖๐ กรัม พิจารณาให้ดูแลสังเกตอาการต่อ เวลา ๐๙.๓๐ น.ตรวจภายในปากมดลูกเปิด ๕ cms, eff: ๕๐%, station -๒, MI ประเมินการหดตัวของมดลูก Interval ๓ นาที ๔๐ วินาที, Duration ๔๐ วินาที,

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ (ต่อ)

FHS ๑๓๔ ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ พิจารณาให้สังเกตความก้าวหน้าของการคลอดต่อ ๒ ชั่วโมง พบมดลูกหดรัดตัวไม่สม่ำเสมอ แพทย์พิจารณา Consult สูติแพทย์ รพ.ตระการพิชผล ให้ยาเร่งคลอด ๕%DN/๒ ๑,๐๐๐ ml + oxytocin ๑๐-unit vein drip ๓๐ ml/hr. เวลา ๑๖.๐๐ น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิดหมดย้ายมารดาเข้าห้องคลอด คลอดปกติเวลา ๑๖.๒๓ น. ทารกเพศชาย น้ำหนัก ๒,๗๒๐ กรัม ทารกแข็งแรงดี APGAR ๙-๑๐-๑๐(หักสี) หลังคลอด ๓๐ นาทีรกยังไม่คลอด ใส่สายสวนปัสสาวะ แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา ๑๗.๓๐ น. แพทย์ทำ Ultra Sound: Not seen blood clot ไม่พบ Placenta Accrete, Increta ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดออกเพิ่ม ๕๐๐ ml ให้สารน้ำ ๐.๙ NSS ๑,๐๐๐ ml vein load (เส้นที่๑) วัดชีพจร=๙๐ ครั้ง/นาที, หายใจ=๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต =๑๑๐/๗๐ mmHg. Obsat=๑๐๐% เวลา ๑๘.๑๐ น. ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดทั้งหมด ๑,๐๐๐ ml Hct stat=๓๑% DTX=๒๕๑ mg% วัดชีพจร=๑๑๐ ครั้ง/นาที, หายใจ=๒๒ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต =๗๐/๕๐ mmHg. Obsat=๑๐๐% แพทย์ให้ Load สารน้ำจนครบ ๑,๐๐๐ ml ของเลือด PRC ๑-unit ส่ง PCR for covid เวลา ๑๘.๑๕ น. วัดชีพจร=๑๑๘ ครั้ง/นาที, หายใจ=๒๐ ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต=๗๐/๕๐ mmHg. Obsat=๑๐๐%, ประเมินปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดออกเพิ่ม ๒๐๐ ml รวมทั้งหมด ๑๒๐๐ ml แพทย์พิจารณาให้เปิดสารน้ำเพิ่มเป็น ๐.๙ NSS ๑,๐๐๐ ml vein load (เส้นที่๒) มารดารู้สึกตัวดี มีอ่อนเพลีย ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ปัสสาวะออก ๑๐ ml เวลา ๑๘.๓๐ น. วัดอุณหภูมิ =๓๖ °C ชีพจร=๑๑๐ ครั้ง/นาที, หายใจ=๒๒ ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต =๙๐/๖๐ mmHg. Obsat=๑๐๐% ดูแลให้เลือด PRC ๑ unit ประสานการส่งต่อข้อมูลคนไข้กับรพ.สรรพสิทธิประสงค์ ให้ข้อมูลแผนการรักษาแก่ มารดาและญาติ เวลา ๑๘.๔๕ น. มารดาได้รับสารน้ำครบ ๒,๐๐๐ ml เคลื่อนย้ายมารดาขึ้นรถรีเฟอร์ ติดตามอาการกรณีศึกษาที่ ๒ มารดาได้รับการล้างรก ได้รับสารน้ำและเลือด PRC ๑ unit นอนรับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ๒ วัน แพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน ได้รับยา ObiminAZ ๑ เม็ด วันละ ๑ ครั้ง รับประทาน ๑ เดือน และยา Paracetamol(๕๐๐mg) รับประทาน ๑ เม็ดเมื่อมีอาการปวดมดลูก ปวดแผลฝีเย็บ หลังจำหน่ายได้ติดตามเยี่ยม มารดาสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ติดตามต่อเนื่องหลังคลอด ๑ เดือน สุขภาพแข็งแรงดี ปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๑. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดที่เกิดจากสาเหตุรกคลอดล่าช้าหรือรกค้างเหมือนกัน แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะฝากครรภ์และระยะรอคลอด และระดับความรุนแรงเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแตกต่างกัน ซึ่งกรณีศึกษารายที่ ๒ รกค้างร่วมกับมีภาวะช็อก

๒. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลในทุกระยะของการคลอดและแนวทางการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ตลอดจนให้การพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ได้รับเลือด สารน้ำ และยาที่มีความเสี่ยงสูง ในการดูแลขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและการแก้ไขภาวะวิกฤติทั้งก่อนและขณะส่งต่อ

๓. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีการกำหนดและข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

๔. กรณีศึกษารายที่ ๑ รกคลอด ได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลเขมราฐ กรณีศึกษารายที่ ๒ รกค้างได้รับการส่งต่อไปรพ. สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อล้างรกและให้การดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง

๕. กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย นอน รพ. ๒ วันหลังจำหน่าย สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนติดตามต่อเนื่องหลังคลอด ๓ เดือน สุขภาพแข็งแรงดี ปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลภาวะตกเลือดหลังคลอดสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก Uterine atony รองลงมาคือ tissue และ tear พบเป็น Early PPH คือเกิดในระยะ หลังคลอด ๑-๒ ชม จากอุบัติการณ์ดังกล่าว ผลลัพธ์ในปี ๒๕๖๕ มีจำนวนร้อยละ ๑.๖๐ มีภาวะช็อกร้อยละ ๐.๔๑ และได้รับการส่งต่อ ร้อยละ ๐.๖๔ มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนการตัดมดลูกและการเสียชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงไม่มีมารดาและทารกเสียชีวิต ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ยอมรับได้ ในด้านการพยาบาลซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลจะต้องมีการเรียนรู้เพิ่มเติม เพื่อที่จะได้นำความรู้หรือนวัตกรรมใหม่มาประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลลัพธ์ในปี ๒๕๖๖ ไม่มีอุบัติการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องมีการคัดกรองภาวะความเสี่ยง ตามการประเมิน Admission record ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น เจ้าหน้าที่ห้องคลอดได้มีการทบทวนทักษะการทำการคลอดและการประเมินเฝ้าระวังภาวะตกเลือดได้อย่างมีมาตรฐานมากขึ้น

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๒. มีแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
๓. ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และทักษะการประเมินมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด และให้การดูแลได้ตามมาตรฐาน
๔. อุบัติการณ์อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ ๓
๕. ไม่มีอุบัติการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอดที่ตัดมดลูกและมารดาเสียชีวิต

๖. การนำไปใช้ประโยชน์

๑. ด้านการบริหาร เป็นแนวทางในการมอบหมายงานในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับภาวะรक्त้างร่วมกับภาวะช็อก
๒. ด้านการบริการ เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับภาวะรक्त้างร่วมกับภาวะช็อก
๓. ด้านวิชาการ เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในห้องคลอดและผู้ที่สนใจเรื่องการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะรक्त้างและมีภาวะช็อก

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ด้านการพยาบาล ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกิดขึ้นได้ในระยะฝากครรภ์และในทุกระยะของกระบวนการคลอด ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนั้นมีทั้งสามารถคาดการณ์และป้องกันไม่ให้เกิดได้และไม่สามารถคาดการณ์หรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาได้ทั้งหมด แต่สามารถให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดอุบัติการณ์การตัดมดลูกและการเสียชีวิตของมารดา ให้มีความปลอดภัยได้
๒. โรงพยาบาลมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีสูติแพทย์ และถ้าเสียเลือดปริมาณมากหรือหยุดเลือดไม่ได้ ต้องมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งมีระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์
๓. ความซับซ้อนในการดูแลมารดาตกเลือดเนื่องจากมีภาวะรक्त้าง ซึ่งจะต้องมีการวินิจฉัยค้นหาสาเหตุก่อนส่งต่อและให้การรักษาเพื่อให้อาการมารดาคงที่ก่อนส่งต่อ อาจทำให้ระยะเวลาในการส่งต่อยาวนานมากขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การค้นหาภาวะแทรกซ้อนสามารถทำได้ตั้งแต่ระหว่าง การฝากครรภ์ เช่น ภาวะซีดขณะฝากครรภ์ ซึ่งพบว่ามารดาไม่ได้ฝากครรภ์ตามนัด ทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง อาจส่งผลทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้
๒. การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อก มีความล่าช้าเนื่องจาก อาการและอาการแสดงไม่สัมพันธ์กับการสูญเสียเลือด กรณีศึกษาที่มีความซับซ้อนทำให้ได้รับแผนการรักษาล่าช้า ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้

๙. ข้อเสนอแนะ

ถอดบทเรียนกรณีศึกษาพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อมารดาหลายระบบ หากประเมินล่าช้า ให้การพยาบาลล่าช้า ไม่ถูกต้องตามมาตรฐาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อชีวิตมากขึ้น จึงควรให้ความสำคัญในการประเมิน คัดกรองเพื่อป้องกัน และเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดแล้วต้องให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและรวดเร็ว ดังนี้

๑. การเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการประเมิน คัดกรองปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด รวมทั้งขณะส่งต่อ
๒. พัฒนาทั้งในส่วนฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพให้มีแนวทางในการป้องกันและดูแลที่เป็นมาตรฐานและปฏิบัติร่วมกันทั้งเครือข่าย เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
 - มีแบบประเมินความเสี่ยงในระยะฝากครรภ์และแบบประเมินการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด
 - จัดทำแนวทางการบริหารทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด
 - แนวทางทางการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลเขมราฐ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่าย
 - พัฒนาระบบการนิเทศน์ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันและดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและประยุกต์ใช้กับกรณีอื่น
 - การทบทวนร่วมกับทีมสหวิชาชีพเมื่อมีอุบัติการณ์ตกเลือดหลังคลอดเพื่อปรับปรุงการรักษาพยาบาล
๓. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมบ้านกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง มีระบบส่งต่อข้อมูลการรักษาหลังคลอดในเครือข่าย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานด้วยวาจาในโครงการประชุมวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

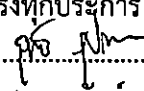
๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติงานร้อยละ ๑๐๐

๑.) นางสาวยุพรัตน์ รูปสวาย

สัดส่วนของผลงาน. ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวยุพรัตน์ รูปสวาย)

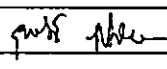
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวยุพรัตน์ รูปสวย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

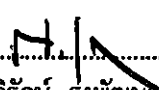
(ลงชื่อ) 

(นางนุชศรินทร์ ปิยะชัยกวี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายกริช รุ่งพัฒนาชัยกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ

(วันที่) ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอำเภอ
เขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

๒.หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลขนาด ๖๐ เตียง ไม่มีสูติแพทย์ ระยะทางอยู่ห่างจากโรงพยาบาล
ศูนย์ของจังหวัดอุบลราชธานี ๑๐๕ กิโลเมตร ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดทั้งในเขตพื้นที่และต่างประเทศ
ซึ่งมารดาที่มารับบริการมีทั้งฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ ถ้าปัจจัยเสี่ยงนั้นไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดได้ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังคลอดที่พบและมีอุบัติการณ์เกิดซ้ำของ
โรงพยาบาลเขมราฐคือภาวะตกเลือดหลังคลอด ต้องให้การดูแลที่ยังยากซับซ้อน ต้องส่งต่อ มีความรุนแรงเสี่ยง
สูงต่อการเสียชีวิต มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปี ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๓.๐๘,
๒.๖๐ และ ๒.๙๖ ตามลำดับ และมีภาวะช็อกและได้รับการส่งต่อถึงร้อยละ ๐.๕๗, ๐ และ ๐.๒๙ ตามลำดับ
จากการทบทวนการดูแลพบว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดได้จากทั้งมารดาที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยเสี่ยง
ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนั้นมีทั้งที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าหรือแก้ไขก่อนได้ตั้งแต่ในระยะฝากครรภ์ และไม่สามารถ
คาดการณ์ล่วงหน้าได้ในระยะคลอดเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงนั้นเกิดขึ้นได้ในทุกกระบวนการของการคลอด ปัญหา
ที่สำคัญคือการประเมิน คัดกรองค้นหาปัจจัยเสี่ยงในระยะฝากครรภ์ไม่ครอบคลุม ทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขก่อน
จะมาคลอดเช่น ภาวะชืดในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงยังคงอยู่ ปัญหาการฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่องใน
กลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการประเมินที่ล่าช้าทำให้การรักษาไม่ถูกต้องในระยะคลอด จึงเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะตก
เลือดหรือทำให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ ในปัจจุบัน เครือข่ายอำเภอเขมราฐยังไม่มีรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแล
อย่างเป็นระบบทั้งเครือข่าย ดังนั้นหน่วยงานจึงมีแนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการดูแลตั้งแต่ในระยะฝาก
ครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด เพื่อให้มีการประเมิน การคัดกรองค้นหาปัจจัยเสี่ยงในระยะฝากครรภ์
ได้รับการแก้ไขก่อนที่จะเข้าสู่ระยะคลอด มีการส่งต่อข้อมูล เพื่อเฝ้าระวังหรือประเมินปัจจัยเสี่ยงซ้ำในระยะ
การคลอด เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ รวมทั้งพัฒนาการดูแลตามมาตรฐาน
เมื่อเกิดภาวะตกเลือดอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่ดูแลระยะฝากครรภ์ในระดับ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คลินิกครรภ์เสี่ยงสูง งานห้องคลอด มีความรู้ เข้าใจแนวปฏิบัติและเข้าใจบทบาท
ในประเมินความเสี่ยง การรักษาพยาบาล การส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันและดูแลภาวะตกเลือดหลัง
คลอดได้เหมาะสมเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งมีช่องทางการเชื่อมโยงประสานส่งต่อข้อมูลประวัติการรักษา
ในการขอคำปรึกษา ส่งต่อมารดาโรงพยาบาลและส่งกลับไปดูแลในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ได้รับ
การติดตามและดูแลต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอำเภอเขมราฐ
๒. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะฝากครรภ์และในทุก
ระยะของกระบวนการคลอด อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย
๓. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลตามมาตรฐานในทุกระยะของการฝากครรภ์และการคลอด

เป้าหมาย

หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในเขตอำเภอเขมราฐ ได้รับการดูแลตามมาตรฐานในระยะฝากครรภ์และทุกระยะ
ของการคลอด ได้รับการประเมิน ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาในครั้งนี้ใช้แนวคิดมาตรฐานดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลัง
คลอด ประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญ แนวคิดการประเมินผู้ป่วย มาตรฐานดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะ
ฝากครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ที่ใช้คัดกรองความเสี่ยงของผู้คลอดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งเพื่อ
สามารถส่งต่อเคสที่มีความเสี่ยงไปยังโรงพยาบาลเขมราฐและการส่งข้อมูลกลับชุมชน โดยให้มีการดำเนินงาน
ภายใต้แนวคิด One Labor Room

มาตรฐานการบริการพยาบาลทางสูติกรรม การบริการพยาบาลทางสูติกรรม เป็นบริการพยาบาลดูแล
ผู้ใช้บริการตั้งแต่ตั้งครรภ์ ไปจนถึงคลอดบุตร โดยให้การดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด เพื่อให้
มารดาและ ทารกมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลทางสูติกรรม นอกจากใช้
ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลทั่วไปแล้ว ยังต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถเฉพาะ
ทางด้านสูติศาสตร์ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ส่งผลให้ มารดาและทารกปลอดภัย
(สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, ๒๕๖๐)

มาตรการ One Labor Room เป็นกระบวนการจัดให้แพทย์และพยาบาลคลินิกครรภ์เสี่ยงสูง
พยาบาลห้องคลอด พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมีการปรึกษาหารือรายงานด้วยการสื่อสารสองทางที่
มี ประสิทธิภาพ ในการให้ข้อมูลของมารดาที่มาฝากครรภ์และคลอดในห้องคลอดทุกรายตลอดเวลา เพื่อให้
ได้รับทราบรายละเอียดและดูแลติดตามร่วมกันทั้งอำเภอ เสมือนอยู่ในห้องคลอดเดียวกันทั้งเครือข่าย โดยการ
ใช้โทรศัพท์และการสื่อสารด้วยไลน์ (จารุวรรณ เย็นเสมอ, ๒๕๖๔)

รูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอำเภอเขมราฐ

๑. การคัดกรอง ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในระยะฝากครรภ์
 - มีแนวทางคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ใช้แนวทาง Classifying Pregnancy ดูแลกลุ่มหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
 - แนวทางการดูแลภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

-มีแนวทางการขอคำปรึกษา ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คลินิกครรภ์เสี่ยงสูงและงานห้องคลอด

-จัดทำระบบข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง สื่อสารการนำระบบ Early warning signs ในชุมชนไปใช้อย่างครอบคลุม รวมถึงการใช้ในโรงพยาบาล เช่น มีการเอาป้ายไปติดที่หน้าสมุดสีชมพู

๒. การคัดกรอง ประเมินปัจจัยเสี่ยงการตกเลือดหลังคลอดในระยะคลอด รอคคลอด และในระยะหลังคลอด (early detection, high risk of PPH)

- การคัดกรองความเสี่ยงแรกรับโดยใช้ ADMISSION RECORD
- มารดาที่มีภาวะซีดระหว่างฝากครรภ์ เมื่อแรกรับที่ห้องคลอดให้ประเมินซ้ำและส่งตรวจความเข้มข้นของเลือด (CBC)
- มีแนวทางในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด (Factor Risk)
- มีแนวทางการรายงานแพทย์เมื่อประเมินแรกรับ ตามเกณฑ์ความเสี่ยง (problem list)
- ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดได้มาตรฐานโดยใช้ถุงรองเลือดในการตวงเลือด
- การประเมินอาการแสดงของภาวะตกเลือด (early warning sign) เพื่อให้สามารถประเมินอาการได้อย่างรวดเร็ว

- การประเมินและเฝ้าระวัง (close monitoring) ในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดเป็นทุกๆ ๕ นาที

๓. ประสานการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ (Effective Team) มีแนวทางการบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมของทีมสหวิชาชีพและแนวทางการจัดการให้การรักษาตามแนวทางการรักษา เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (effective management) ตามบทบาทหน้าที่ดังนี้

- แพทย์ มีแนวทางการรายงานแพทย์และประสานงานแพทย์อย่างรวดเร็วเมื่อประเมินแรกรับตามเกณฑ์ความเสี่ยง (problem list)
- เภสัชกร มีแนวทางในการประสานงานเภสัชกรในการจัดเตรียมยาและสารน้ำที่จำเป็น รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ
- งานเทคนิคการแพทย์ มีแนวทางในการประสานงานติดตามสำรองเลือด (PRC ๒ unit) และมีระบบการตรวจเช็คจำนวนเลือดระหว่างงานห้องคลอดและห้องปฏิบัติการทุกเวรเช้า
- พยาบาล บริหารจัดการให้การรักษาตามบทบาทหน้าที่ เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (effective management) ประเมินและรายงานแพทย์และให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาแบบองค์รวมและการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์และยาที่จำเป็น (รถ Box set PPH) และประสานข้อมูล
- ทีมส่งต่อ มีแนวทางในการประสานงานระบบการส่งต่อที่รวดเร็วปลอดภัย (Fast Track) มีเกณฑ์การส่งต่อและเกณฑ์ในการตามทีมส่งต่อกรณีตกเลือดหลังคลอด รวมทั้งการประเมินคุณภาพการดูแลก่อนและขณะส่งต่อระยะเวลาในการดูแลกรณีที่ต้องส่งต่อ ตั้งแต่วินิจฉัยว่าเกิดตกเลือดจนไปถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง

๔. มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดให้ได้มาตรฐาน

- มีแนวทางการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดตามมาตรฐานของงานอนามัยแม่และเด็ก

สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- มีแนวทางการทำคลอดรกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Active management ๓ stage)
- มีแนวทางการบริหารจัดการเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (effective management)

- จัดตั้ง team call for help เมื่อเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉิน
- แบบบันทึกและประเมินการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH check list)
- เก็บข้อมูลและทบทวนเพื่อนำมาปรับปรุงการกระบวนการดูแลทุกเดือน (Risk Register)

๕. ภาควิชาสูติศาสตร์

- มีกลุ่ม Application Line ในการประสานข้อมูลการรักษาระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คลินิกครรภ์เสี่ยงสูง และงานพยาบาลผู้คลอด ทีมดูแลต่อเนื่อง (COC) กรณีมีภาวะแทรกซ้อนเมื่อออกจาก โรงพยาบาล

- มีเกณฑ์การส่งต่อและระบบการขอคำปรึกษาของพยาบาลในระดับอำเภอและในส่วนของผู้ป่วย ระดับโซน และระดับจังหวัด ตามการแบ่งโซนนิ่งของงานอนามัยแม่และเด็ก สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- จัดตั้งทีม Emergency respond Team และแนวทางการบริหารจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์เพื่อลดข้อร้องเรียนฟ้องร้องโดยการมีส่วนร่วมทั้งเครือข่าย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตก เลือดหลังคลอดในเครือข่ายอำเภอเขมราฐ ให้ผู้บังคับบัญชาและคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก เครือข่ายอำเภอเขมราฐ

๒. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดทำการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกัน ภาวะตกเลือดหลังคลอด

๓. ประชุมวางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูล เกี่ยวข้องคลอด ข้อมูลตกเลือดหลังคลอด การให้การพยาบาล และปัญหาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยทีมสห วิชาชีพทั้งอำเภอ

๔. จัดทำรูปแบบ แนวทาง แบบประเมิน ตามที่ได้วางแผนไว้และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบ ความถูกต้อง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๕. เสนอผู้บริหารและคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็กเครือข่ายอำเภอเขมราฐโรงพยาบาล ผู้ที่ เกี่ยวข้องพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและในงานการพยาบาลผู้คลอด พยาบาลส่งต่อ องค์กร แพทย์ เภสัช เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ ทีมดูแลต่อเนื่อง (COC) เพื่อให้รับทราบและนำไปปฏิบัติ รวมทั้งเก็บ รวบรวมข้อมูลและปัญหาจากการปฏิบัติ และประเมินผล ทุก ๓ เดือน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในเครือข่ายอำเภอเขมราฐ
๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินคัดกรองความเสี่ยงทุกระยะของการฝากครรภ์และการคลอดตามมาตรฐานวิชาชีพ
๓. มารดาที่มีภาวะตกเลือดได้รับการรักษาพยาบาล ส่งต่อ อย่างรวดเร็วปลอดภัยได้รับดูแลอย่างต่อเนื่อง
๔. ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาไม่มีอุบัติการณ์ตมตถูกและเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
๕. มีแบบประเมินภาวะเสี่ยงในระยะฝากครรภ์ ระยะรอคลอด และแบบประเมินการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH check list)
๖. มีแนวทางการในการขอคำปรึกษาและส่งต่อระดับอำเภอและระดับแม่โขง รวมทั้งระดับจังหวัด
๗. มีแนวทางในการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คลินิกครรภ์เสี่ยงสูงและห้องคลอด
๘. มีกระบวนการทบทวนและควบคุม ประเมินผลตัวชี้วัดทุกเดือน (Risk Register)

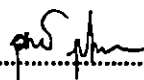
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ต่อผู้รับบริการและครอบครัว

๑. ผู้รับบริการได้รับบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพและปลอดภัยจากการกระบวนการคลอด
๒. ไม่มีอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
๓. มารดาและญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มากกว่าร้อยละ ๘๐

ต่อคุณภาพการพยาบาล

๑. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินความเสี่ยงในระยะฝากครรภ์และระยะคลอด ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐
๒. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการส่งต่อ/ดูแลโดยแพทย์/สูติแพทย์ ร้อยละ ๑๐๐
๓. มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดได้รับดูแลตามแนวทาง ร้อยละ ๑๐๐
๔. อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ ๓
๕. ไม่มีอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด
๖. พยาบาลในเครือข่ายผ่านการประเมินสมรรถนะมากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอแนวความคิด
(นางสาวยุพรัตน์ รูปส่วย)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องมัลักษณะงานเกี่ยวกับงานวิจัยและพัฒนา)

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๘ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจจะ ช่วยลดอัตราการตายได้ จึงทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับยา SK พยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรอง ชักประวัติ การวินิจฉัย การเตรียมยา การให้ยา การพยาบาลทุกระยะ และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจ มีการอุดตันแบบสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่รับเลือดอยู่เกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลัน โดยจะ เกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทีหรือไม่เกินชั่วโมง กลไกการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกของตะกรันไขมัน ที่ เกาะในหลอดเลือด เมื่อมีการปริแตกร่างกายจะระดมเกร็ดเลือดและสร้างลิ่มเลือดขึ้นมาอุดหลอดเลือดส่วนนั้น จน ส่งผลให้หลอดเลือดมีการอุดตันโดยสมบูรณ์หรือตีบรุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืด เป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินมีอันตรายถึงชีวิต อัตราการเสียชีวิต ของโรคนี้อยู่ที่ ร้อยละ ๕-๑๐ การรักษาคือการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด “เพราะทุกนาทีที่เสียไป หมายถึง กล้ามเนื้อ หัวใจที่เสียหายขาดเลือดตามไปด้วย” การประเมิน การวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ลด อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มาก รวมทั้งระบบการส่งต่อและการประสานงานภายในโรงพยาบาล มีส่วน สำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ใน การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน การ เกิดโรคซ้ำ สามารถป้องกันได้ด้วยการดูแลตนเองโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมและ การปฏิบัติตนเองอย่างเหมาะสม สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพสาเหตุ อาการ อาการแสดง สามารถรวบรวมปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาลอย่างถูกต้องครอบคลุม มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยหายจากภาวะแทรกซ้อนมีชีวิตรอด ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ ๑ ของการเสียชีวิต (จาก WHO) ในประเทศไทย ปี ๒๕๖๐ มีแนวโน้มการป่วยด้วยโรคหัวใจโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สูง ๓๒๖,๙๔๖ คน และ เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ ๕๗ คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลจากกรมการแพทย์ ปี ๒๕๖๒ พบว่า ประเทศไทยมี ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เฉลี่ยของผู้ป่วยโรคหัวใจถึง ๖,๙๐๖ ล้านบาทต่อปี

โรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง (F๒) อยู่ห่างไกลจากพ.แม่ข่าย ๑๐๕ กม. ใช้ เวลาเดินทาง ๑.๔๕ ชม. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นพยาบาลในห้องฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินคัด กรองผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็วยุทธยานแพทย์และนำสู่การวินิจฉัยโรค ให้ยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา และประสานการ ส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบช่องทางด่วนโดยพยาบาล ICU Mobile ได้อย่างปลอดภัย รวดเร็ว ทันเวลา ผู้ป่วยรอดชีวิต กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สถิติในปี๒๕๖๔-๒๕๖๖ โรงพยาบาลเขมราฐ มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ๔๒ รายคิดเป็น ๓๓.๖ ต่อแสนประชากร ได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase (SK) ในห้องฉุกเฉิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

โรงพยาบาลเขมราฐ จำนวน ๒๓ รายส่งต่อทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ๑๗ รายและเสียชีวิต ๒ ราย

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงเป็นหน้าที่เบื้องต้นที่พยาบาลต้องปฏิบัติและฉุกเฉินที่ต้องให้การพยาบาลอย่างรีบด่วนเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตั้งแต่การประเมินคัดกรองแรกรับ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และสามารถให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

๑.ด้านการประเมินผู้ป่วย แนวทางในการซักประวัติ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตามแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต นำไปสู่การวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วและสามารถให้การพยาบาลและรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่

๒.ด้านการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต หลักในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยนั้น ต้องการพยาบาลที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านต่างๆดังนี้ (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง, 2556)

๒.๑ ด้านการประเมินผู้ป่วย เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล มีการประเมิน แรกรับและประเมินทุกช่วงเวลาเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา แบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่นิยมใช้มากคือแบบประเมินตามกรอบแนวคิดทางการพยาบาล FANCAS เป็นแบบประเมินที่เน้นและลำดับปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุมทุกปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยมีลำดับ การประเมินดังนี้

๑) ด้านความสมดุลของน้ำ (fluid balance)

๒) ด้านการหายใจ (aeration)

๓) ด้านโภชนาการ (nutrition)

๔) ด้านการติดต่อสื่อสาร (communication)

๕) ด้านการทำกิจกรรม (activity)

๖) ด้านการกระตุ้น (stimulation)

๒.๒. ด้านร่างกาย การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะวิกฤตด้านร่างกายเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้การพยาบาลให้ทันทั่วทั้งที่เนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตหรือภาวะล้มเหลว ของระบบใดระบบหนึ่ง หรือมีการบาดเจ็บหลายระบบหรือมีภาวะล้มเหลวหลายระบบร่วมกัน ผู้ป่วยอาจหมดสติ ภาวะช็อก ตกเลือด หัวใจวาย ไตวาย และภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพแนวทางการรักษาและการดูแลผู้ป่วยในภาวะดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓.ด้านจิตสังคม ความต้องการด้านจิตสังคมก็เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วย ที่ต้องการพยาบาลที่มีความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆเช่นการยอมรับและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกต่างๆเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยวิกฤต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย กระตุ้นและให้การสนับสนุนผู้ป่วยและญาติในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

๒.๔. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ลดสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วย

๓.การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอนได้แก่

๓.๑ การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)

๓.๒ การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

๓.๓ การวางแผนการพยาบาล (planning)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ).

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๓.การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน(ต่อ)

๓.๔ การปฏิบัติการพยาบาล (implementation)

๓.๕ การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

๔.แนวทางการรวบรวมข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

๔. สรุปลักษณะสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปลักษณะสำคัญ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากการรายงานขององค์การอนามัย โลกพบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๙.๒ ล้าน ในประเทศไทยเสียชีวิตเป็นอันดับ๔โดยสถิติการเสียชีวิตร้อยละ ๓๑.๘ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๑) สถิติในปี๒๕๖๔-๒๕๖๖ โรงพยาบาลเขมราฐ มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ๔๒ ราย คิดเป็น ๓๓.๖ ต่อแสนประชากร ได้รับยาละลายลิ้มเลือด Streptokinase (SK) ในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ จำนวน ๒๓ ราย ส่งต่อทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ๑๗ รายและเสียชีวิต ๒ ราย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ชักประวัติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือเป็นผู้ประสานงานกรณีที่ต้องส่งตัวเพื่อสวนหัวใจอย่างเร่งด่วนจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแนวทางการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัยมีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากตำราเอกสารวิชาการอินเทอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษาเฉพาะราย นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย
๒. เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (case Study) จากผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของผู้ป่วย จำนวน ๒ ราย ซึ่งมารับบริการที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ
๓. ศึกษาสถิติและปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
๔. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
๕. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบจิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติ การเจ็บป่วยของครอบครัว
๖. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
๗. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษายาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านพร้อมทั้งให้ความรู้ให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง
๘. สรุปรณการศึกษาเฉพาะรายจัดทำเป็นเอกสารวิชาการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของผลงานเนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อน-หลังพิมพ์ นำเสนอตามลำดับชั้น

เป้าหมายของงาน

- ๑.เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เข้าใจภาวะสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้
- ๒.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพ และจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดSTEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย ที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ ๑ ชายไทยอายุ ๔๔ ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกรธรรม เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก ๖๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑.๖๒ เซนติเมตร BMI = ๒๕.๙๑ kg/ mm^๒ ให้ประวัติ ๑.๓๐ ชม.ก่อนมาแน่นหน้าอกแล้วไปแขนซ้าย ราวไปหลังเหงื่อออกตัวเย็น คลื่นไส้อาเจียน ๑ ครั้ง แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ เวลา เวลา ๐๔.๔๒ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ๓ รอบ รอบละประมาณ ๑๐ นาที เป็นหลังรับประทานอาหาร Pain Score ๑๐/๑๐ ให้ประวัติสูบบุหรี่วันละ ๒๐ มวน นาน ๓๐ ปี ไม่มีโรคประจำตัวญาตินำส่งโรงพยาบาล ประเมินผู้ป่วยคัดกรองเพื่อให้การพยาบาล อาการแกร็บ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกสัญญาณชีพแกร็บ อุณหภูมิ ๓๖ องศา ซีฟร ๘๒ ครั้ง/นาที ,หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที,ความดันโลหิต ๑๓๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท Obsat ๑๐๐ % E๔V๕M๖, Pain Score ๑๐/๑๐ EKG: show STEV๒,V๓,Trop-T :negative ให้ยา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab เวลา ๐๕.๒๔ น.เคี้ยวกลืน ,Plavix ๗๕ mg ๔ tab oral stat เวลา ๐๕.๒๕ น. ให้สารทางหลอดเลือดดำ ๐.๙ % NSS ๑๐๐๐ cc vein drip rate ๘๐ cc/hr. stat เวลา ๐๕.๓๐ น. อาการแน่นหน้าอกลดลง ปฏิบัติการเฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พยาบาลได้อธิบายผู้ป่วยและญาติถึง แผนการรักษา และลงลายมือยินยอมรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด สืบหน้าทำทางผู้ป่วยและญาติยังมีความวิตกกังวล มาก พยาบาลจึงให้คำแนะนำเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถาม เวลา ๐๕.๓๐ น. สั่งการรักษาให้ยา SK ๑.๕ MU+NSS ๑๐๐ cc vein drip in ๑hr.เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase). ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำและ ให้การพยาบาลตาม แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตามวัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ - ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท MAP ๖๘ - ๗๐ ,ซีฟร ๘๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาที O๒Sat ๙๘ - ๙๙% ได้รับการดูแลรักษาตามกระบวนการ พยาบาลทุกระยะผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินนานประมาณ ๑ชม ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ เวลา ๐๖.๐๐ น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อความดันโลหิต ๑๓๐/ ๗๐ มิลลิเมตรปรอทซีฟร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ ครั้ง/ นาที O๒Sat ๑๐๐% Pain Score ๓/๑๐ขณะนำส่งให้ การปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าสังเกตและติดตาม อาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง นำส่งต่อโดยพยาบาล ICU Mobile อุปกรณ์ ยาช่วยชีวิตตลอดเวลาสัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต ๑๐๖/๖๕ - ๑๒๓/๗๕ มิลลิเมตร ปรอท ซีฟร ๗๔ - ๘๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาทีให้ออกซิเจน mask Cannula ๓ L/min O๒Sat ๙๘ - ๑๐๐% Pain score ๓/๑๐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้พักรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รักษาโดยการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography) และทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมพักรักษาตัว ๓ วัน อาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์ อนุญาตให้กลับบ้าน ได้รับยาASA (๘๑ mg) ๑x๑ oral pc , Enalapril (๕) ๑x๑ oral pc , Omeprazole ๒๐mg ๑x๑ oral ac, Clopidogrel ๗๕mg ๑x๑ oral pc, ., Isosorbide dinitrate S/L ๕mg SL ๑ tab prn เวลาเมื่อเจ็บแน่นหน้าอก และนัดติดตามอาการ ๑เดือนได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต.ในเขตเพื่อติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและนางตบสุขะหรือผู้ป่วยญาติเข้าใจพยาธิสภาพ และมีความรู้มากขึ้นในการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ ชายไทยอายุ ๕๖ ปี สถานภาพสมรส อาชีพเกษตรกรกรรณ เชื้อชาติไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก ๕๘ กก. ส่วนสูง ๑.๖๕ เซนติเมตร BMI = 21.30 kg/m^2 ๑.๔๐ ซม.ก่อนมาเจ็บแน่นตรงกลางหน้าอก นานประมาณ ๓๐ นาที ไม่ร้าวไปที่ไหน แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลเขมราฐ วันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๖ เวลา ๑๐.๓๙ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพอุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา ซีพจร ๕๖ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที , ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๔ มิลลิเมตรปรอท O₂ sat ๑๐๐ % ECG: ST-T: negative ให้ยา ASA ๓๐๐ mg ๑ tab เวลา ๑๐.๔๕ น. เคี้ยวกลืน, Plavix ๗๕ mg ๔ tab Oral statin เวลา ๑๐.๔๕ น. ให้สารทางหลอดเลือดดำ ๐.๙ % NSS ๑๐๐๐ cc vein drip rate ๘๐ cc/hr. stat บริการแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ส่งการรักษาให้ยา SK ๑.๕ mg + NSS ๑๐๐ cc vein drip in ๑ hr. เวลา ๑๑.๐๙ น ด้วยเครื่อง Infusion pump ทางหลอดเลือดดำและให้การพยาบาลตาม แนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดติดตามวัดสัญญาณชีพทุก ๕ นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ - ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท MAP ๗๐-๗๒ ซีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาที O₂ Sat ๙๘ - ๙๙% ระหว่างให้นานที่ ๑๕ ผู้ป่วยมีภาวะ Hypotension ความดันโลหิต ๘๕/๕๖ มิลลิเมตรปรอท ซีพจร ๖๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที ปวดท้องอาเจียน ได้แก้ไขภาวะ Hypotension โดยให้ ๐.๙ % NSS ๕๐๐ cc vein load เวลา ๑๑.๒๐ น หลังให้ความดันโลหิต = ๑๑๐/๖๕ มิลลิเมตรปรอท ซีพจร ๗๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๑๘ ครั้ง/นาที อาการปวดท้องดีขึ้น ไม่มีอาเจียน นาทีที่ ๖๐ เกิดภาวะ Cardiogenic shock EKG Complete heart block rate ๔๑/min แพทย์สั่งการรักษาด้วย DOPA ๒:๑ vein ๑๕ ml/hr. เวลา ๑๒.๑๕ น. Adrenaline ๑ :๑๐ vein ๑๐ ml/hr. เวลา ๑๒.๓๐ น. และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแก้ไขภาวะ Cardiogenic shock EKG Complete heart block rate ๗๐-๗๖/min ทุกระยะผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ใช้เวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินนานประมาณ ๑.๒๐ ชม. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเวลา ๑๒.๔๕ น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อความดันโลหิต ๑๑๐/ ๗๐ มิลลิเมตรปรอทชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที O₂ Sat ๑๐๐% Pain Score ๓ /๑๐ ขณะนำส่งให้ การปฏิบัติการพยาบาล เฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดให้ข้อมูลคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง นำส่งต่อโดยพยาบาล ICU Mobile มีเครื่องมืออุปกรณ์ และยาช่วยชีวิต สัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ - ๑๑๕/๗๕ มิลลิเมตรปรอท ซีพจร ๗๐ - ๘๔ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาทีให้ออกซิเจน Cannula ๓ l/min O₂ Sat ๙๘ - ๑๐๐% Pain score ๔/๑๐ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เฝ้าสังเกตและติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ (Coronary Artery Angiography) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการทำบอลลูนใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) รวมระยะเวลาในการรักษา ๔ วัน อาการดีขึ้นไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยผู้ป่วยได้รับยา Aspirin (๘๑mg) ๑x๑ oral pc, Enalapril (๕ mg) ๑x๑ oral pc, omeprazole ๒๐mg ๑x๑ oral ac, Clopidogrel ๗๕ mg ๑x๑ oral pc, Atorvastatin ๔๐ mg ๑x๑ oral hs, Isosorbide dinitrate S/L ๕mg SL ๑ tab prn เวลา มีเจ็บแน่นหน้าอก และนัดติดตามอาการ ๒๐ วัน ได้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับรพ.สต.ในเขตติดตามเยี่ยมอาการและส่งกลับข้อมูล และจากการได้รับข้อมูลตอบกลับ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยงดการสูบบุหรี่และเข้าใจพยาธิสภาพและมีความรู้มากขึ้นในการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง๒ราย

๑. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMIแต่ความรุนแรงและตำแหน่งที่เกิดต่างกัน
๒. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายเป็นเพศชายมีอายุใกล้เคียงกัน ประวัติการสูบบุหรี่เหมือนกันซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้ง ๒ รายกรณีรายที่ ๒ มีโอกาสเสี่ยงมากกว่ารายที่ ๑ เนื่องจากมีความดันโลหิตสูงและไขมันสูงและไม่เข้ารับการรักษา
๓. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายไม่มีข้อห้ามในการให้ยาSKและได้รับยาSK ทันเวลาที่กำหนด แต่รายที่ ๒ มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเกิดภาวะ Cardiogenic shock ร่วมกับมีภาวะ Complete heart block ทำให้การให้การพยาบาลในระยะนี้จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่ากรณีที่ ๑
๔. การกำหนดและข้อวินิจฉัยการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลในแต่ละระยะครบถ้วน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
๕. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายได้รับการส่งต่อด้วยระบบ FAST TRACK ภายในเวลาที่กำหนดโดยมีทีม Mobile ICU เป็นพยาบาลส่งต่อรพ.สรรพสิทธิประสงค์ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางและให้การดูแลรักษาเฉพาะทางและผู้ป่วยปลอดภัยสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติ
๖. กรณีศึกษาทั้ง ๒ รายได้รับการส่งต่อข้อมูลไปที่รพ.สต.ใกล้บ้านเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมอาการ และส่งกลับข้อมูลมาที่โรงพยาบาลเขมราฐ ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และรับยาตามนัดต่อเนื่อง ส่วนรายที่ ๒ เข้ารับการรักษาในเรื่องความดันโลหิตสูงและไขมันสูง

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันและเป็นอันดับต้นๆ ในระดับประเทศพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินคัดกรองการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วรวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมผู้ป่วยถึงจะมีความปลอดภัย เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI และการเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในปี ๒๕๖๔ ,๒๕๖๕ ,๒๕๖๖ มีผู้ป่วย STEMI จำนวน ๑๓,๒๐, ๙ ตามลำดับ และได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน ๖,๑๒,๕ และผู้ป่วยเสียชีวิต ปี ๒๕๖๔ ,๒๕๖๕ ,๒๕๖๖ จำนวน ๐,๑,๑, หน่วยงานได้มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใจในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดSTEMI เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

๕.๒เชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลสามารถให้การคัดกรองและการรักษาพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว
๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
๓. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังและผู้ดูแลมีความเข้าใจต่อโรคและสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว
๔. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่และความรุนแรงอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยถ้ากลับเป็นอีกครั้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)
๒. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
๔. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพบลักษณะความยุ่งยากของงานดังนี้

ความยุ่งยากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เนื่องจากโรงพยาบาลเขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชนอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ๑๐๕ กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทาง ๑.๓๐ ชั่วโมง กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันจากปัญหาที่พบ กรณีศึกษารายที่ ๒ จะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากมีภาวะ Hypotension และภาวะ Cardiogenic shock ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการดูแลรักษา การประสานความร่วมมือครอบครัวผู้ดูแลให้มีความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเครือข่าย

ปัญหาในการติดต่อประสานงานส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ามีหลายขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาพยาบาล รวมทั้งปัญหาพยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาของแพทย์ การคัดกรองที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ด้านผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานทำให้เกิดความล่าช้า การเรียกใช้รถ ๑๑๖๙ ของผู้รับบริการยังน้อยส่วนมากใช้รถส่วนตัวซึ่งไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น

๘.๒ ด้านสถานที่ให้บริการ การให้บริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการดูแลที่ต้องใช้ความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ระบบการดูแลพบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ แนวทางในการดูแลไม่เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมในการใช้งาน

๘.๓ ด้านบุคลากร พยาบาลมีความรู้ ประสบการณ์ ทักษะ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาของแพทย์ การคัดกรองที่ล่าช้าส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

๘.๔ ระบบการขอคำปรึกษาไม่ทราบช่องทางด่วน ปรึกษาล่าช้าใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจในโรงพยาบาลเขมราฐ

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๙.ข้อเสนอแนะ

- ๙.๑ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติและมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจำเป็นต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจากทีมที่มีความรู้ความสามารถ และช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤติได้อย่างทันท่วงทีพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการพัฒนา สมรรถนะอย่างต่อเนื่องให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การพัฒนาทักษะการอ่านและแปลผล EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือดการเฝ้าระวังและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ในพื้นที่ และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติขณะส่งต่อ
- ๙.๒ การเพิ่มสมรรถนะของโรงพยาบาลชุมชน ให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเบื้องต้น ผ่านระบบการขอรับคำปรึกษา และมีแนวทางการรักษาให้ปฏิบัติควรมีการทบทวนการส่งต่อโดยระบบช่องทางด่วนพิเศษ อย่างต่อเนื่องทุกรายเพื่อค้นหาปัญหาและโอกาสพัฒนา
- ๙.๓ ควรมีการฟื้นฟูวิชาการให้พยาบาลทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ฝึกอบรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๙.๔ การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มปกติกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย
- ๙.๕ ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง ผ่านระบบ ๑๖๖๙
- ๙.๖ ควรพัฒนาให้มีช่องทางด่วน สำหรับการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาอื่นๆ

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

นำเสนอผลงานด้วยวาจาในโครงการประชุมวิชาการของสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ "ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BAN1" รุ่นที่ ๑ วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ ๑๐๐

- ๑.) นางใบศรี จิ่งมันคง สัดส่วนของผลงาน. ๑๐๐ %
- ๒.)..... สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓.)..... สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางใบศรี จิ่งมันคง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๔./ มกราคม /พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางใบศรี จิ่งมันคง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางนุศรินทร์ ปิยะชัยกวี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๔/ มกราคม /พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ

(วันที่) ๔/ มกราคม /พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลและการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลเขมราฐ
๒. หลักการและเหตุผล

การส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการเชื่อมต่อการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลหนึ่งไปอีกสถานพยาบาลหนึ่ง การรับและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งในช่วงความเป็นความตายของชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจก่อให้เกิดปัญหาความพิการ หรือการสูญเสียถึงแก่ชีวิตได้ สถิติการส่งต่อผู้ป่วยของเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลเขมราฐ ไปยังสถานพยาบาลโรงพยาบาลอื่นเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงเกินศักยภาพของโรงพยาบาลที่จะทำการรักษาได้ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เวลาเดินทางในการส่งต่อผู้ป่วย ๑.๓๐-๒ ชั่วโมง และมีแนวโน้มการส่งต่อที่เพิ่มขึ้นทุกปี สถิติปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ จำนวน ๕๐๗๗, ๕๗๑๐, ๖๔๑๖ ราย ตามลำดับ (เวชระเบียน โรงพยาบาลเขมราฐ , ๒๕๖๖) อุบัติการณ์ความเสี่ยงการทรุดลงขณะส่งต่อในปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ จำนวน ๒, ๑, ๒ ตามลำดับ จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยด้านอุบัติเหตุ ๑ ราย (ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขมราฐ ๒๕๖๕) พบเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในการส่งต่อ จากการตรวจประเมินประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยไม่ครบถ้วน คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุขบรถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะ ขาขวาหัก บ่นปวดท้อง พบปัญหาคือ Close fracture shaft of right femur และมีแผลถลอกทั่วร่างกาย ที่ต้องตามแขนขาทั้ง ๒ ข้าง แพทย์และพยาบาลให้การรักษายาบาลเบื้องต้น ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกและข้อ พิจารณาให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางและรอผ่าตัดกระดูก ใช้พยาบาลขณะนำส่ง ๑ คน ระหว่างนำส่ง ผู้ป่วยบ่นแน่นท้อง ปวดท้องมาก ความดันโลหิตเริ่มตก พยาบาลให้การดูแลและโทรปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลเขมราฐ และโรงพยาบาลปลายทาง ขณะนำส่งถึงโรงพยาบาลปลายทาง ความดันโลหิตวัดไม่ได้ มีชีวิตตัวเย็น แพทย์ได้ให้การรักษาโดยเร่งด่วน ใส่ท่อช่วยหายใจ และวินิจฉัยเป็น Blunt abdominal Injury TRAUMAจากการ ทบพวน อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ปัญหาที่พบคือการประเมินสภาพผู้ป่วยที่จะส่งต่อไม่ครบถ้วน

ซึ่งปัจจุบันการประเมินสภาพผู้ป่วยใช้แบบบันทึกการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาลในสังกัดในโซน ๒ ใช้สำหรับผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคแต่ไม่ครบถ้วนทุกด้าน จากความเสี่ยงครั้งนี้ทางหน่วยงานจึงเห็นความสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง จึงได้คิดพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อให้ครบถ้วนทุกด้าน ตามหลักการประเมิน “ABCDE” โดยการประเมินจะเข้าไปพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกตินั้น หลังจากนั้นจึงประเมินซ้ำและนำมาปรับใช้กับทุกหน่วยงาน ที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ในการส่งต่อ ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินและกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีการประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตราย เร่งด่วนและคุกคามต่อชีวิต ที่อาจทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
๓. เพื่อให้ทีมผู้รักษาพยาบาลได้ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ส่งต่อได้ถูกต้อง ครบถ้วน

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ปลอดภัย ได้รับการประเมินที่ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาครั้งนี้ใช้แนวคิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญ มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย แนวคิดการประเมินผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับและการส่งผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถให้บริการเหมาะสมกว่าจากระดับต่ำ ไปสู่ระดับสูง และจากระดับสูงไปสู่ระดับต่ำ เป็นการประสานงานร่วมกันทั้งสองทางระหว่างสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคที่ถูกต้องและต่อเนื่องตามความจำเป็นจนกว่าจะหายป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติหรือจนกว่าจะไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องรักษาต่อไปโดยมีหนังสือนำส่งผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (สุดาวดี หอมจู, ๒๕๕๓)

การส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญมากในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากสถานบริการในแต่ละที่มีศักยภาพและบริบทในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันและเหมาะสมกับโรคและความเจ็บป่วย ความต้องการการรักษาของผู้ป่วยที่ต่างกัน เนื่องจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงพร้อมให้บริการ ผู้ป่วยทุกระบบไม่ได้มีอยู่กระจายทั่วไปและไม่มีเพียงพอในการรับผู้ป่วยการรับและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน หายป่วยมีสุขภาวะที่ดีโดยเร็ว และปลอดภัย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, ๒๕๕๓)

มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ ๓ การดูแลต่อเนื่องพยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วยประเมินสภาพให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาแก้ไขภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิตก่อนการส่งต่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาการรักษาพยาบาลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกสรุปข้อมูลปัญหาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างนำส่งพร้อมเอกสารประจำตัวผู้ป่วยให้กับแพทย์หรือพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย (สำนัก การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑)

การประเมินผู้ป่วย เป็นการประเมินตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยสิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักคำนึงถึงที่สุดและตลอดเวลา คือความปลอดภัยผู้ป่วยและต้องร่วมมือกันในลักษณะสหวิชาชีพเพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลมาใช้ในการประเมินกระบวนการประเมินสามารถ แบ่งออก ๔ ระยะ คือ (วณิดา มงคลสินธุ์, ๒๕๕๖)

๑.Pre-arrival เป็นระยะตั้งแต่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยจากการส่งต่อทั้งจากภายนอกหรือภายในโรงพยาบาลการประเมินในระยะนี้มีความสำคัญมากทำให้พยาบาลสามารถเตรียมอุปกรณ์ที่จะให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

๒. Admission Quick Check หมายถึง การตรวจสอบทันทีที่รับผู้ป่วยเป็นการประเมินที่จำเป็น

๓. Comprehensive Admission Assessment คือ การประเมินที่ต้องรีบทำให้เร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะทำได้เป็นการประเมินเชิงลึกจากการตรวจร่างกายทุกระบบและประวัติการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย

๔.Ongoing Assessment เป็นการประเมินต่อเนื่องตามเงื่อนไขเฉพาะตัวของผู้ป่วยการรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย

การประเมินปฐมภูมิ (Primary survey) เป็นการประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตรายเร่งด่วน และคุกคามต่อชีวิต การประเมินจะทำได้ไปพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกตินั้นๆ หลังจากนั้นจึงมีการ ประเมินซ้ำและให้การดูแลเฉพาะปัญหาหลักในการประเมินขั้นแรกนี้มีรหัสเรียกเป็นตัวย่อตาม พยัญชนะภาษาอังกฤษ ๕ ตัวแรก คือ “ABCDE” ดังนี้ (ไสว นรสาร และพิรญา ไสโหม, ๒๕๕๙)

๑. A = Airway maintenance with cervical spine protection การประเมินทางเดินหายใจ พร้อมกับการแก้ไขทางเดินหายใจให้โล่ง การจัดการเรื่องทางเดินหายใจควรระวังกระดูกคอเคลื่อน

๒. B = Breathing and ventilation การประเมินและดูแลให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอโดยประเมินจากอัตราและรูปแบบการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เสียงลมเข้าปอด การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะเดียวกันต้องค้นหาสาเหตุพร้อมกับให้การช่วยเหลือ

๓. C = Circulation and hemorrhage control การประเมินระบบไหลเวียนและการห้ามเลือด โดยประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร สีของผิวหนังที่ซีด และเย็นลง รวมทั้งปริมาณเลือดที่ออกจากแผล

๔. D = Disability : Neurological status การประเมินความพิการ การผิดปกติของแขนขาและ อวัยวะต่างๆ รวมถึงการประเมินระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง

๕. E = Exposure/Environmental control การประเมินเพื่อตรวจหาตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บทั่วร่างกาย ได้แก่ การถอดเสื้อผ้าผู้บาดเจ็บออก การประเมินสภาพแวดล้อม เช่น อุณหภูมิห้องเย็น ควรห่มผ้าให้ การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยบนเตียงคอและหลัง ควรใช้อุปกรณ์พยุงคอ และกระดานรองหลัง

การบันทึกทางการแพทย์ตามมาตรฐานที่ ๘ พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการแพทย์อย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายโดยกำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ให้ถูกต้องและต่อเนื่องครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมถูกต้อง และต่อเนื่องข้อความที่บันทึกชัดเจนกะทัดรัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่องการพัฒนาแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ ให้ผู้บังคับบัญชาและ คณะกรรมการส่งต่อโรงพยาบาลเขมราฐ
๒. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดทำการพัฒนาแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ
๓. ประชุมวางแผนการดำเนินการพัฒนาแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อโดยมีข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยข้อมูลของหน่วยงานที่ส่งต่อ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยการประเมินสภาพอาการปัจจุบันตามหลัก ABCDE เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ การให้การพยาบาลและพยาบาลผู้บันทึก
๔. จัดทำแบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อตามที่ได้วางแผนไว้และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
๕. เสนอผู้บริหารคณะกรรมการส่งต่อโรงพยาบาลเขมราฐ ผู้ที่เกี่ยวข้องพยาบาลวิชาชีพที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อรวมทั้งรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่เกิดจากการใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ
๖. ประเมินผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ ทุก ๓ เดือน และนำมาใช้ในระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเขมราฐต่อไป

๔.ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑.ผู้ป่วยได้รับการประเมินทั้งก่อนส่งต่อและขณะส่งต่อได้ถูกต้องครบถ้วนตามมาตรฐานวิชาชีพ
๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง
ขณะส่งต่อสามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลที่ได้รับการประเมินผู้ป่วย
๓. ศูนย์รับ-ส่งต่อ มีแบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
๔. หน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนและมีความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ไม่พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อทุกราย
๒. ผู้ป่วยที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลได้รับการประเมินถูกต้องและครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐
๓. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้อุปกรณ์ประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาล
อยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ ๘๐

ลงชื่อ) _____

(นางใบศรี จิ่งมันคง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) .๔ /มกราคม ./ พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน
๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ในระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บททวน ค้นคว้าเอกสารวิชาการในงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ตลอดจนการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว, Care Manager และนักบริบาล (Care giver) โดยใช้กระบวนการพยาบาลและกระบวนการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยเป็นหลักแนวคิดในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเต็มที่และให้เกิดความครอบคลุมในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข และการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน และเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน และเพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

๑. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Knowledge about cerebrovascular disease)
๒. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Theories and Literature review)
 - ๒.๑ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model)
 - ๒.๒ การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)
๓. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Related Research)
 - ๓.๑ งานวิจัยในประเทศ
 - ๓.๒ งานวิจัยต่างประเทศ
๔. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)
๕. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน
 - ๕.๑ ความรู้ทางวิชาการหรือกรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมอง (stroke or cerebrovascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย มีความรุนแรงถึงชีวิตถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรอดชีวิตแต่ก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวและทำให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจและสังคมเป็นได้เป็นอย่างมากโดยเฉพาะกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียชีวิตในระยะเฉียบพลัน และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนอย่างเป็นปกติสุข ซึ่งแนวทางของการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพ ต้องให้การบำบัดรักษาโดยเร็วที่สุดเพื่อลดอัตราตายและความพิการที่รุนแรงอย่างถาวรรวมทั้งการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการและให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (สถาบันประสาทวิทยา. ๒๕๖๒)

ฐานข้อมูลของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี ๒๕๖๓ อายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป เท่ากับ ๓๒๘ ต่อ ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน มีแนวโน้มสูงมากขึ้น ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี มีผู้ป่วยเฉลี่ย ๓๐๓.๔๕ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (acute stroke) ในโรงพยาบาล ของเขตสุขภาพที่ ๑๐ อุบลราชธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เท่ากับ ๗.๖๖ และภายหลังการออกจากโรงพยาบาลไป ๓๐ วัน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เท่ากับ ๑๗.๐๒ ซึ่งสูงกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ ๙.๓๖ บ่งชี้ว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะ intermediate care น่าจะมีปัญหา เพราะเกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง ๓๐ หลัง ออกจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากมีภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

เช่น การติดเชื้อของผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้แก่ aspiration pneumonia, urinary tract infection หรือ pressure sore ดังนั้นการพัฒนาการวางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วย discharge planning และการติดตาม ให้คำปรึกษา และเยี่ยมบ้านช่วงแรกหลังออกจากโรงพยาบาลนั้นมีความสำคัญอย่างมาก การมีทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล หรือหน่วยปฐมภูมิมีความจำเป็นอย่างยิ่งใน การดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เป้าหมายพื้นฐานของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเอง ให้ได้มากที่สุด เป็นภาระต่อญาติหรือผู้ดูแลน้อยที่สุด ซึ่งในการดูแลรักษาทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูจะขึ้นกับ ความรุนแรงของอาการอ่อนแรง สมรรถภาพทางกาย โรคประจำตัวต่างๆภาวะทางสังคม อาชีพ เศรษฐฐานะ ความสามารถในการปรับตัว การรับรู้และการเรียนรู้ของผู้ป่วย (ปริดา อารยาวิชานนท์, ๒๕๕๙)

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถเริ่มตั้งแต่ในระยะเฉียบพลัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ของระบบประสาทและสัญญาณชีพคงที่อย่างน้อย ๔๘ ชั่วโมง โดยในระยะแรกจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่เคลื่อนไหวนานๆ เช่น ข้อติด แผลกดทับ ภาวะ orthostatic hypotension หรือ ภาวะเส้นเลือด ดำอุดตัน (deep vein thrombosis) โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆให้แก่ผู้ป่วยเพื่อ ป้องกันข้อติด และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆด้วยตนเองโดยเร็ว รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยพลิกตัวลุก นั่งบนเตียง และขึ้นลงรถเข็นนั่ง

การประเมินผู้ป่วยเพื่อรับการฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญ ทำให้ทราบสภาพทั่วไปของผู้ป่วยปัญหา ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคหลอดเลือดสมองเช่น อัมพาตครึ่งซีก ความผิดปกติของการรับรู้ภาวะกลืนลำบาก ความผิดปกติของการพูดและการสื่อสาร เป็นต้น รวมทั้งสภาพทางครอบครัวและสังคม โรคประจำตัวต่างๆ แนวโน้มพยากรณ์ของโรค และความสามารถในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนั้นจะ สำเร็จมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับสภาพและปัจจัยเฉพาะตัวผู้ป่วย โดยมีปัจจัยที่ช่วยบ่งชี้ถึงความสำเร็จของ การฟื้นฟูมีทั้งปัจจัยที่ส่งผลดีและผลทางลบ ดังนี้ ปัจจัยที่ส่งผลดีต่อการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้และการเรียนรู้ที่ดี มีการฟื้นตัวของการทำงานของกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงแต่ละมดภายใน เวลา ๒-๔ สัปดาห์ รวมทั้งการให้การสนับสนุนและการได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวและสังคม

โรงพยาบาลเขมราฐอยู่ในพื้นที่ชายแดน ห่างจากตัวจังหวัดอุบลราชธานีระยะทาง ๑๑๐ กิโลเมตร ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านระบบประสาทและสมองให้การตรวจวินิจฉัยและรักษา ไม่มีพยาบาลรายกรณีระบบ ประสาทและสมอง ไม่มีหน่วยงานเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เนื่องจากภาวะการขาดแคลนบุคลากรที่ดูแลเฉพาะทางทั้งแพทย์ พยาบาล และ ขาดแนวทางการดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ไม่สามารถ ป้องกันได้ในโรงพยาบาล รวมทั้งระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อช่วยให้ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพในระยะเวลาที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านได้ เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติด นำไปสู่สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (คปส.อ.เขมราฐ, ๒๕๖๒)

ผู้วิจัยในฐานะผู้นำทางการพยาบาลได้ตระหนัก ถึงผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการใน ผู้ป่วย หลอดเลือดสมองจึงได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหาการให้บริการในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่า นอกจากผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ไม่เหมาะสมดังกล่าวแล้ว ส่วนหนึ่งเกิดจากคุณภาพของการ ให้บริการโดยขาดการวางแผนการดูแลร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีม สหวิชาชีพ ไม่มีรูปแบบการ ส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อการฟื้นฟูสภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นแนวทางเดียวกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังที่จะพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีคุณภาพมาก ยิ่งขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

โดยทำการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการบริหารจัดการและพัฒนาการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับสูง ผู้ดูแล อสม.และผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ (ปิยนุช ภิญโยและคณะ, ๒๕๕๘ ; วรรณวรา ไหลวารินทร์ และกัญญา เลียนเครือ, ๒๕๕๙ ; อรุณรัตน์ อินทสุวรรณ, ๒๕๕๙ ; และอมรรัตน์ กุลทิพรธณ, ๒๕๖๐) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชนโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) และแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน(Home Health Care) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระยะของภาวะเจ็บป่วย ฟื้นฟูสภาพร่างกาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการตั้งเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน เพื่อการส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลของนักบริบาลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

- ๑.) เพื่อศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน
- ๒.) เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน
- ๓.) เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/

ในชุมชน

๔.๓ กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย ๔ ระดับ ดังนี้คือ

- ระยะที่ ๑ การวิจัย (research๑: R๑) ระยะนี้เป็นการสัมภาษณ์ ปัญหาและความต้องการ วิเคราะห์และสรุปข้อมูลพื้นฐาน และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

- ระยะที่ ๒ การพัฒนา (design and development : D๑) เป็นการออกแบบ สร้างและประเมิน ประสิทธิภาพรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ระยะที่ ๓ การทดลองใช้ ประเมินผล (research๒: R๒) และปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม (design๒: D๒) เป็นการนำรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้จริงและประเมินผล

- ระยะที่ ๔ การนำไปใช้จริงและประเมินผล (research: R๓) เป็นการปรับปรุงรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากผลการประเมิน

๔.๔ กลุ่มเป้าหมาย

- ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในโรงพยาบาลเขมราฐ ตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๗๘ คน

- กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพบ้านอุบมุง และบ้านแก้งเกลี้ยง ตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๐ คน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๔.๕.๑ มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชนที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการตั้งเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน การนำแนวปฏิบัติมาใช้ประเมินความก้าวหน้าในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ

๔.๕.๒ สร้างความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนหลังการจำหน่าย และมีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

๔.๖ สรุปสาระสำคัญ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยนี้เป็นการนำรูปแบบของการวิจัยและพัฒนา (Research Development) สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑) อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลา ๓ ปี

ปี พ.ศ. ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ ๒๕๖๔ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลเขมราฐ คิดเป็นอัตราป่วย ๕๐, ๕๗ และ ๖๕ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลัง พิกการ ติดเตียงติดเชื้ในกระแสเลือด ภาวะปอดอักเสบ ติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ และแผลติดเชื้คิดเป็นร้อยละ ๒.๑, ๑.๕, และ ๑.๒ ตามลำดับ

๒) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่บ้านอุบมุง และบ้านแก้งเกลี้ยง ตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๒๐ คน มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ๐ – ๔ คะแนน ร้อยละ ๖.๖๗ (๒ คน) ๕ – ๘ คะแนน ร้อยละ ๓๓.๓๓ (๔ คน) และ ๙ – ๑๑ คะแนน ร้อยละ ๔๕.๖๗ (๑๔ คน)

๓) การสนทนากลุ่มพบปัญหาอุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองดังนี้

๑) ปัญหาด้านพื้นฐานการจัดการ เช่น ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงการทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ ๒) ปัญหาด้านกระบวนการดำเนินงาน เช่น ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีภาระงานมากไม่มีระบบการติดตาม ประเมินผลการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม ๓) ปัญหาด้านการมีส่วนร่วม เช่น ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาพร้อมกับสหวิชาชีพ

๔) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) และแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน(Home Health Care)

๑. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มี ๖ ขั้นตอน ดังนี้

๑) หน่วยบริการสุขภาพ : Health Care Organization

- การสนับสนุนของผู้นำองค์กร : ผอ.รพ./หัวหน้ากลุ่มงาน/หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ปรับปรุงระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ควบคุมติดตามคุณภาพการดูแล

๒) การออกแบบระบบการให้บริการ : Delivery System Desing

- การดูแลด้วยการจัดการรายกรณี
- ทีมสุขภาพที่ทำงานร่วมกัน ส่งต่อข้อมูลกัน
- การกำหนดแผนการติดตามความก้าวหน้าเป้าหมายการดูแล
- การกำหนดแผนการเยี่ยม

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๖ สรุปสาระสำคัญ(ต่อ)

๓) ระบบสนับสนุนการจัดการดูแลตนเอง: Self-management Support

- การให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล
- การกระตุ้นผู้ป่วย/การสนับสนุนทางจิตใจ/จิตวิญญาณ
- การประเมินการจัดการตนเองของผู้ป่วย
- การสนับสนุนทรัพยากรและเครื่องมือการจัดการตนเอง เช่น อุปกรณ์เสริม แผ่นพับ

ความรู้ คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๔) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก : Decision Support

- การสนับสนุนทางวิชาการ การดูแลโรคหลอดเลือดสมองให้กับทีมงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- การปฏิบัติตาม CPG/Care map/Stroke Home Care

- การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ : แพทย์ พยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ

๕) ระบบข้อมูลและข่าวสารในเรื่องสุขภาพ : Clinical Information Systems

- การลงทะเบียนผู้ป่วย Home ward ของโรงพยาบาล
- การใช้ข้อมูลข่าวสารสำหรับการจัดการดูแล
- การสะท้อนกลับของข้อมูลการปฏิบัติงานให้กับผู้เกี่ยวข้อง

๖) การมีส่วนร่วมของชุมชน : Community Resources

- สำหรับผู้ป่วยมีญาติและผู้ดูแลหลัก/ผู้ดูแลรอง

- สำหรับชุมชน ที่มีความพร้อมและให้การสนับสนุนดูแล : อบต./เทศบาล/ชมรม/องค์กรเอกชน/จิตอาสา/อสม. เป็นต้น

๕) คะแนนจากการประเมินความสามารถผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการฟื้นฟู โดยใช้ Barthel Index พบว่า คะแนนหลังการฟื้นฟู แตกต่างจากคะแนนก่อนการฟื้นฟู โดยคะแนนหลังการฟื้นฟู ($\bar{X} = ๗๖.๕๐$) มากกว่าก่อนการฟื้นฟู ($\bar{X} = ๔๐.๒๕$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .๐๑

๖) ก่อนกระบวนการพัฒนา ผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๕๐ รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๕ หลังกระบวนการพัฒนา ผู้ดูแลหลักมีคะแนนความรู้ อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๕๕ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๕ ก่อนกระบวนการพัฒนา ผู้ดูแลหลักมีคะแนนทักษะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ ๔๐ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๕๕ หลังกระบวนการพัฒนา ผู้ดูแลหลักมีคะแนนทักษะอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๖๐ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๐

๗) หลังกระบวนการพัฒนา ผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}/S.D.=๘๗.๓/๑.๑๑$ และ $๑๑.๖๐/๑.๕๒$, P-value < .๐๕) หลังกระบวนการพัฒนา นักบริบาลและผู้ดูแลหลักมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนกระบวนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}/S.D.=๙๓.๓/๑.๘๑$ และ $๑๔.๒๗/๒.๐๒$, P-value < .๐๕)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ ๗๐

๕.๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการร่วมทำ D/C Plan จากทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนกลับบ้าน ร้อยละ ๑๐๐

๕.๑.๓ เกิดภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพและดูแลทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

๕.๒.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลรักษา การส่งต่อ การติดตาม การเยี่ยมบ้านจากระบบการพยาบาลและได้รับการดูแลจากกระบวนการของทีมสหวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

๕.๒.๓ เกิดการนำนวัตกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากชุมชนเพื่อบำบัดโรคแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ สามารถนำแนวทางการศึกษาไปใช้ได้และเกิดประโยชน์จริงและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้รับการดูแลได้ครอบคลุม

๖.๒ เพื่อพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีการเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนางานการดูแลในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน

๖.๓ เพื่อพัฒนาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน

๖.๔ การนำแนวคิดเรื่องการพัฒนา Innovation for Continuity care ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครอบคลุมทุกราย

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ

๗.๒ ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมากพยาบาลมีภาระงานมากไม่มีระบบการติดตาม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาอุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองดังนี้

๘.๑ ปัญหาด้านพื้นฐานการจัดการ เช่น ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงการทำงานเป็นทีมยังไม่มีประสิทธิภาพไม่มีโครงสร้างองค์กรและบทบาทที่ชัดเจนในการทำงานไม่มีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ

๘.๒ ปัญหาด้านกระบวนการดำเนินงาน เช่น ไม่มีการบริหารจัดการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง ผู้ป่วยมีจำนวนมาก พยาบาลมีภาระงานมากไม่มีระบบการติดตาม ประเมินผลการทำงานอย่างเป็นรูปธรรม

๘.๓ ปัญหาด้านการมีส่วนร่วม เช่น ผู้ป่วยและญาติไม่ได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาพร้อมกับสหวิชาชีพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑.) ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณให้เหมาะสม

๒.) กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมและสนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๒. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ควรทำวิจัยการพัฒนาแบบที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model) และและแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ร่วมกับแนวคิดอื่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

๑๐.๑ เวทีการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ในการแจ้งแผนการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุกในชุมชน

๑๐.๒ เวทีการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายนักบริบาลผู้สูงอายุ (Care giver) ตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ในกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๑๐.๓ มีการนำเสนอวิชาการระดับประเทศไทย ในเวทีการประชุมวิชาการชมรมพยาบาลชุมชนระดับชาติ ณ โรงแรมบีพี สมิหลาบีช อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ในหัวข้อ การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อเนื่องที่บ้าน/ในชุมชน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวมณฑรา สีปุ่นนำ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวมณฑรา สีปุ่นนำ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๕ / มกราคม / ๒๕๖๓

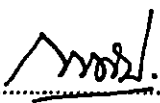
ผู้ขอประเมิน

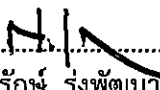
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวมณฑรา สีขุนน้ำ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางกฤษณา สมสะอาด)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (วันที่) ๑๙ / มิถุนายน / ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายภริรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล.)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ
 (วันที่) ๑๙ / มิถุนายน / ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือ
 ขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยแบบประคับประคองเขตอำเภอเขมราฐ

๒. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุ จำนวนผู้ป่วยเรื้อรัง และจำนวนผู้ป่วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย หรือภาวะเจ็บป่วยคุกคามชีวิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้นั้น มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย ปัญหาที่ตามมาไม่เฉพาะผู้ป่วยเหล่านี้เท่านั้นที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน แต่รวมถึงครอบครัวและญาติจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายของบุคคลในครอบครัวไปด้วย การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) จะช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ สามารถปรับตัวให้พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น พร้อมทั้งตอบสนองความต้องการและความคาดหวังที่ยังห่วงกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยเหล่านี้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดูแลตนเองเท่าที่จะสามารถทำได้ และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (dignified Death) มากที่สุด โดยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) นี้จะมีความเชื่อมโยงหลายระบบตั้งแต่ภายในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน

องค์การอนามัยโลก (WHO, ๒๐๐๒) ได้ให้ความหมายการดูแลแบบประคับประคองของการเจ็บป่วย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาวะการเจ็บป่วยไข้ เป็นระยะที่ลุกลาม เรื้อรังหรือเป็นการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะท้ายของโรค ซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ หรือเป็นผู้ป่วยไข้ที่ได้นำเอามาตรการของการบำบัดรักษาชนิดต่างๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงการพยายามในการรักษาให้หาย ได้ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น (นพ.สถาพร ลีลำนันทกิจ, ๒๕๕๒) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกาย และ/หรือโรคทางใจที่ไม่มีโอกาสจะพ้นทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่ของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Of Care) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เป็นการบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน มีการประเมินความต้องการทางสุขภาพ วางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล นำแหล่งประโยชน์ต่างๆมาใช้ และมีการประเมินผลการดูแล ซึ่งช่วยให้แหล่งบริการสุขภาพ สามารถร่วมกันดูแลผู้ป่วย และส่งต่ออย่างเหมาะสม ทำให้ช่วยลดการเจ็บป่วยรุนแรง ภาวะแทรกซ้อน พิการและเสียชีวิต ได้รับความพึงพอใจ ได้รับการพัฒนาทักษะ สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ชีวิตในห้วงระยะท้าย มีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ นำไปสู่การตายดี (กิรดา ไกรนุวัตร, รัชชนก คชไกร, ๒๕๕๙) ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing Of Care) เป็นงานปฏิบัติภายใต้การกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเขมราฐ จัดตั้งขึ้นมีเป้าหมายพัฒนากระบวนการดูแล ให้บริการสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการ วางแผนดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ วางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะผู้ป่วยที่โรคอยู่ในระยะลุกลาม หรือมีการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต ทั้งกลุ่มผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก บริการให้คำปรึกษา และดูแลให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะ และคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ ดูแลในทุกมิติแบบองค์รวมและอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แพทย์เจ้าของไข้ส่งปรึกษา พบญาติ ผู้ป่วย จัดหาอุปกรณ์สนับสนุนในระยะท้าย จนกระทั่งการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ผู้ป่วยระยะท้ายจำนวนมากเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จุดบริการผู้ป่วยนอก เพิ่มความแออัด ลำบากในการให้บริการในโรงพยาบาลเขมราฐจากปัญหา อาการรบกวน อาการแทรกซ้อนต่างๆจากภาวะลุกลามของโรค เช่น เหนื่อย หอบ ซึม รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะติดเชื้อ ปวดมาก ญาติวิตกกังวลใจ แพทย์ตรวจรักษาแล้วให้นอนพักรักษาตามอาการ เกิดการครองเตียงที่ยาวนาน ญาติปฏิเสธการนำผู้ป่วยกลับบ้าน ไม่มั่นใจในการจัดการอาการแทรกซ้อนรบกวนต่างๆที่เกิดขึ้นได้ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ปัญหาดังกล่าวยังคงเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเช่นเดิม และตามมา

ด้วยภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อ พิกการ ปัญหาการดูแลที่ไม่ถูกสุขลักษณะนอกจากปัญหาที่ส่งผลต่อสุขภาพกายแล้วยังมีปัญหาแทรกซ้อนต่างๆตามมา เช่นเกิดแผลกดทับจากการนอนท่าเดียวนาน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การติดเชื้อในระบบต่างๆในร่างกายจากปัญหาความอ่อนแอของร่างกาย ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ อุปสรรคในการดูแล สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องไม่เพียงพอ เช่น เติ้งปรับระดับได้ ที่นอนลม และเครื่องผลิตออกซิเจน ขำรุดจากการใช้งานอย่างหนักและยาวนาน

จากตารางแสดงสถิติการขอรับบริการของผู้ป่วยระยะท้าย ๓ ปี ในช่วงที่ยังไม่มีการพัฒนารูปแบบการดูแลดังนี้

ตัวชี้วัดการดำเนินงาน	เป้าหมาย/ ผลงาน	พ.ศ.				
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
- ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านแบบองค์รวมทันเวลาตามเกณฑ์ ร้อยละ ≥ 80	เป้าหมาย/ ผลงาน	๑๘๖/ ๑๖๕	๑๘๙/ ๑๕๑	๒๐๔/ ๑๗๗	๑๕๕/ ๑๑๒	๑๕๘/ ๑๒๕
	ร้อยละ	๘๙	๘๐	๘๖.๗	๗๒.๒๕	๗๙.๑
- การบรรเทาอาการปวด อาการรบกวนด้วย Strong Opioidอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ ≥ ๔๑	เป้าหมาย/ ผลงาน	๕๕/ ๒๓	๕๒/ ๒๕	๕๖/ ๓๐	๖๐/ ๕๖	๖๘/๖๘
	ร้อยละ	๔๑	๔๘	๕๓	๙๓	๑๐๐
- ได้รับอุปกรณ์การแพทย์สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ≥ ๙๕	เป้าหมาย/ ผลงาน	๑๖๙/ ๑๐๒	๑๗๐/ ๑๒๖	๑๙๖/ ๑๖๙	๑๕๐/ ๑๔๓	๑๕๘/ ๑๔๔
	ร้อยละ	๖๐	๗๔	๘๖	๙๕	๙๑
- ผู้ป่วยระยะท้ายมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องจากสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย ร้อยละ ๑๐๐	เป้าหมาย/ ผลงาน	๕๕/ ๓๕	๕๒/ ๔๐	๕๖/ ๓๙	๖๐/ ๕๔	๖๘/ ๖๘
	ร้อยละ	๖๓	๗๖	๖๙.๖	๙๐	๑๐๐

การประเมินผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลเขมราฐ มีการคัดแยกโดยใช้เครื่องมือวัดความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือ ADL (Activities Daily Living) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง PPS (Palliative Performance Score) และ แบบประเมินอาการปวด อาการรบกวน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ในปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการใช้บริการห้องฉุกเฉินและพบแพทย์ที่จุดบริการผู้ป่วยนอก มากถึง ๑๔๔ รายจากยอดผู้ป่วยระยะท้ายทั้งหมด ๑๔๘ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๑ เพื่อขอรับบริการ เพื่อจัดการอาการแทรกซ้อน อาการรบกวนต่างๆในโรงพยาบาลเขมราฐ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษา ให้คำปรึกษา ด้วยระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ในโรงพยาบาล ตลอดจนการดูแลในหอผู้ป่วย กลับสู่ชุมชน มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ผ่านการอบรม พัฒนา ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากเครือข่ายที่มีองค์ความรู้ในการจัดการอาการป่วย อาการรบกวนต่างๆได้ตลอดจนการประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลจนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการจัดการอาการรบกวน อย่างเหมาะสม ลดการมาโรงพยาบาลจากภาวะวิตกกังวลใจ จากอาการที่เกิดขึ้นในห้วงระยะท้ายของชีวิต ทำให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ตลอดจนเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย ตามความประสงค์ของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแล รักษา เยี่ยมบ้านและจัดการอาการต่างๆอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการยาลดปวด อาการรบกวนต่างๆและอุปกรณ์สนับสนุนการดูแล เพื่อให้เกิดความสบาย ลดภาวะแทรกซ้อนและความทุกข์ทรมาน

๓. เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยความร่วมมือของเครือข่าย

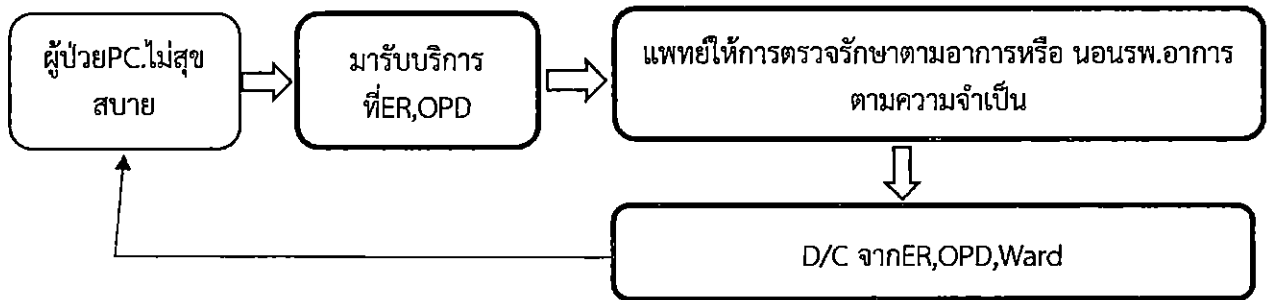
เป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจ จากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยกระบวนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย

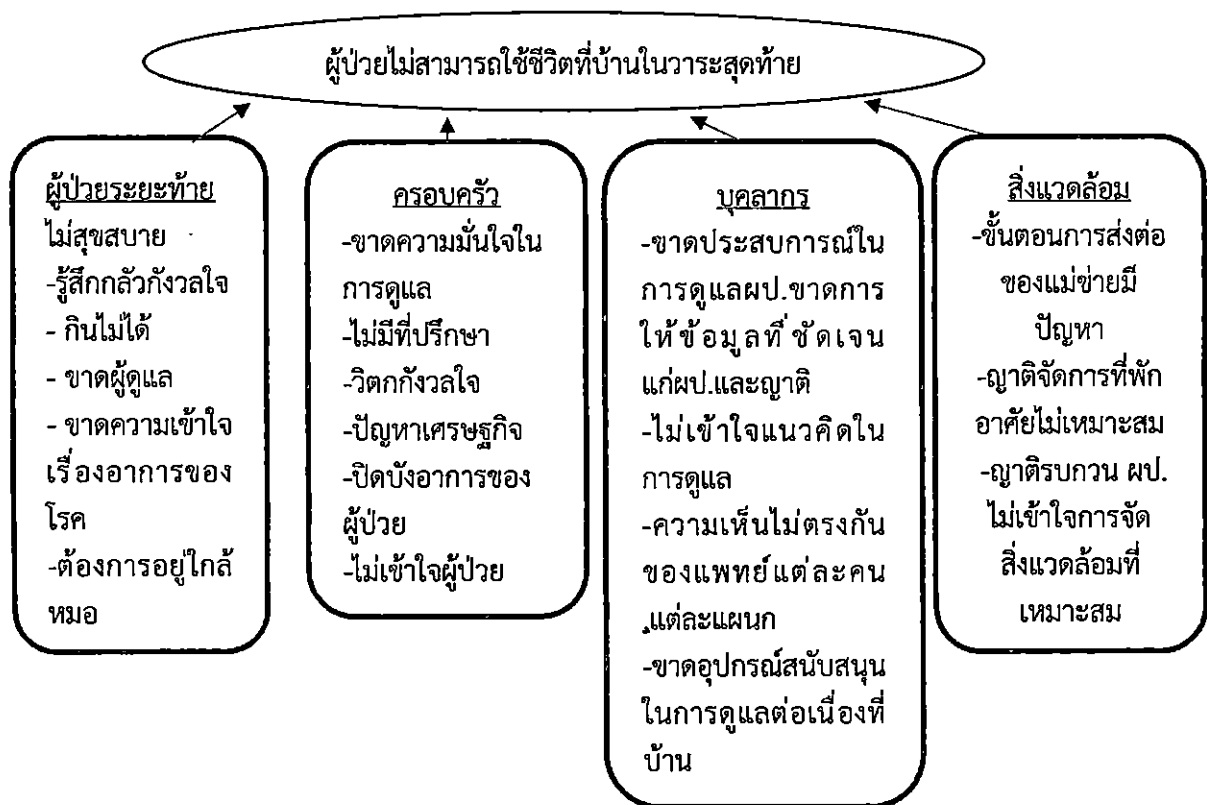
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ กระบวนการทำงาน (Workflow)

- กระบวนการทำงานก่อนมีการพัฒนา



การวิเคราะห์สาเหตุ(Root Cause Analysis)ปัญหาที่เกิดขึ้นใน ๔ ประเด็นดังนี้



กระบวนการปรับปรุง/วิธีแก้ไขปรับปรุง

งานการดูแลต่อเนื่อง(COC) ภายใต้กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลเขมราฐ ได้ทำแนวทางพัฒนาและปรับปรุงระบบการให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง พบปัญหา ได้นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัจจัย และมีการทำงานร่วมกับฝ่าย/งานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาเครือข่าย ภาคประชาสังคม เพื่อพัฒนาบริการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างครอบคลุม เหมาะสม ทุกภาคส่วน ให้ผู้ป่วย ญาติ

ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขในวาระสุดท้าย ลดอาการแทรกซ้อนทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากการวิเคราะห์กระบวนการในรอบ๑ พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยระยะท้ายไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านไม่ได้หรือกลับไปเสียชีวิตที่บ้านได้คือ

- บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่เข้าใจกระบวนการในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง เลือกการพุงซีพผู้ป่วย โดยไม่ได้ประเมินความต้องการที่แท้จริงของครอบครัว

- บุคลากรทางการแพทย์ ยังขาดความเชื่อมั่น ยังไม่ผ่านการอบรมการให้บริการผู้ป่วยระยะท้าย
- ญาติยังไม่ได้รับทราบข้อมูลและอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง
- ญาติยังขาดความเชื่อมั่นในการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน
- ญาติต้องการอุปกรณ์การแพทย์หลากหลายรูปแบบ เพื่อยังชีพผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีความเข้าใจว่าอุปกรณ์นั้นๆช่วยยื้อชีวิตผู้ป่วยให้นานที่สุด ทีม COC,PC จึงได้พัฒนาการดูแลตามกระบวนการที่ ๒ และ ๓ ดังนี้

กระบวนการที่๑ ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเขมราฐ และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยใช้กระบวนการD-METHOD Model,ACP Family Meeting.

- ประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ เกี่ยวกับโรค ระยะ การดำเนินของโรค รวมถึงแผนการรักษา ส่งต่อ และให้คำปรึกษากับครอบครัว

- รับฟังแนวคิด /ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว
- ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมตัดสินใจ วางแผนการดูแลร่วมกัน รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน
- ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาต่างๆ โดยใช้เครื่องมือ ADL , PPs , ESAS , ๒Q วางแผนการดูแลตามระดับที่ประเมินได้

- ส่งเสริมให้ครอบครัว ได้ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ประารถในวาระสุดท้ายของชีวิต
- ให้คำแนะนำ สอนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
- จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์อย่างถูกต้อง
- ให้ความมั่นใจกับครอบครัวว่า สามารถติดต่อ ขอคำปรึกษากับทีม COC , PC ได้ทางโทรศัพท์ Application Line,VDO call ได้ตามกรอบเวลาที่เหมาะสม และแนะนำจุดที่ให้บริการได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

กระบวนการที่ ๒ ผู้ป่วยที่ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย

- ประสานงานกับ รพ.แม่ข่าย ส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ทางการรักษา และดูแลต่อเนื่อง
- แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ ถึงสถานบริการที่ส่งต่อไปรักษา แนะนำขั้นตอนการให้บริการของจุดบริการนั้นๆ

- ให้ความมั่นใจกับครอบครัวว่า สามารถติดต่อ ขอคำปรึกษาการทีมCOC , PC ได้ทางโทรศัพท์ Application Line และ VDO Call.

กระบวนการที่ ๓ ผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาให้อนพักรักษาต่อที่โรงพยาบาล

- ติดตามเยี่ยมให้การดูแลแนะนำผู้ป่วยและญาติ ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติในการติดต่อ ขอคำแนะนำ ปรึกษาได้ทางโทรศัพท์,Application Line,VDO Call ได้ตามกรอบเวลาที่เหมาะสม และแนะนำจุดให้บริการตลอด๒๔ ชั่วโมง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแล หรือการพัฒนาแนวปฏิบัติ หรือการให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ป่วยและครอบครัว มีทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมCOC,PC ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเกิดผลดังนี้

๔.๑ ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วยและครอบครัว)

- ผู้ป่วยได้รับการอย่างครอบคลุม แบบองค์รวม ตั้งแต่ขั้นตอนมารับบริการจุดแรก จนถึงขั้นตอนจำหน่าย

- ผู้ป่วยไม่ถูกยื้อชีวิตโดยไร้เป้าหมาย
- ลดความทุกข์ ทรมานจากการกู้ชีพที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ (อาทิเช่น CPR, การใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น)
- ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์
- ผู้ป่วยมีโอกาส ได้ใช้ชีวิตกับครอบครัวในวาระสุดท้าย
- ผู้ป่วยเข้าถึงยา กิจกรรม อุปกรณ์การแพทย์ในการดูแล เพื่อลดอาการเจ็บปวด อาการรบกวนและภาวะแทรกซ้อนรุนแรงอื่นๆ

- ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยม ดูแลต่อเนื่อง จนถึงวาระสุดท้าย จากทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่าย
- ผู้ป่วยได้รับการเยียวยา ช่วยเหลือด้านจิตใจ
- ครอบครัวมีความสุข ที่ได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต และได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันอย่างอบอุ่นใจ

- สามารถลดความแออัดที่แผนกฉุกเฉิน จุดบริการผู้ป่วยนอก และลดอัตราการครองเตียงในหอผู้ป่วย

๔.๒ ด้านผู้ให้บริการ (บุคลากรในทีมสุขภาพ)

- ลดปัญหาความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ
- ลดความขัดแย้งของผู้ป่วยและบุคลากรในทีมสุขภาพ ด้านการรักษา/การให้ข้อมูล
- เพิ่มความพึงพอใจของทีมสุขภาพในการช่วยเหลือ/พัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย

๔.๓ ด้านองค์กร

- ลดความแออัด ในจุดให้บริการสามารถลดความแออัดที่แผนกฉุกเฉิน จุดบริการผู้ป่วยนอก และลดอัตราการครองเตียงในหอผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยระยะท้าย ไม่ได้มารับบริการตามนัดของแพทย์ แต่มาพบแพทย์จากปัญหา อาการรบกวนที่ทุกข์ทรมาน
- ลดอัตราการครองเตียงในหอผู้ป่วย เนื่องจากมีความเข้าใจอาการ และได้รับข้อมูลการรักษาจากแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างดีแล้ว
- สร้างชื่อเสียงให้องค์กร ในการดูแลต่อเนื่องและ ให้บริการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแล รักษา เยี่ยมบ้านและจัดการอาการต่างๆอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ร้อยละ ๙๐

๒. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการยาลดปวด อาการรบกวนต่างๆและอุปกรณ์สนับสนุนการดูแล เพื่อให้เกิดความสุขสบาย ลดภาวะแทรกซ้อนและความทุกข์ทรมาน ร้อยละ ๑๐๐

๓. กระบวนการคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน โดยความร่วมมือของเครือข่าย ร้อยละ ๙๐

(ลงชื่อ)

(นางสาวมณฑรา สีนุ่นา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๑๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากรายงานการศึกษาภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในช่วงไตรมาสที่ ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๖๒๒,๑๗๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖ ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ทั้งหมด ๒๑ ประเภท และข้อมูลล่าสุดของกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดก่อความรุนแรงรายใหม่ ๓,๕๒๗ ราย ซึ่งเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ อยู่ที่ ๒,๗๘๓ ราย เมื่อย้อนกลับไปอีกในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ อยู่ประมาณ ๑,๔๖๓ ราย โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดก่อความรุนแรง ๔ อันดับโรค ได้แก่ ๑.โรคความผิดปกติทางอารมณ์ ๒.โรคจิตเวชอื่นๆ ๓.โรคจิตเภท และ ๔.โรคจิตเวชยาเสพติด โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ ๐.๕ - ๑.๐ ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง จึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ ๑๖ ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตและอันดับที่ ๓ ของโรคจิตและโรคทางระบบประสาท ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วย โรคทางกาย พบว่าเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ ๐.๗-๑ เท่าของการสูญเสียความสามารถอันมีค่า ๑ ปี เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยโดยปัจจัยที่สำคัญ คือ ขาดการรับการรักษาต่อเนื่องและการกลับไปใช้ยาและสารเสพติด โรงพยาบาล เขมราฐ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๖๐ เตียง ได้แยกกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในปัจจุบันประมาณ ๒๕๖๕ ประกอบด้วยแพทย์ผู้รับผิดชอบจิตเวชและยาเสพติดจำนวน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๕ คน สถานการณ์โรคจิตเภทในโรงพยาบาลเขมราฐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการ เป็นจำนวน ๓๕๔, ๓๗๒, ๓๗๖, ๓๖๓, ๓๕๗ และ ๔๖๗ คน ตามลำดับ พบผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการทางจิตกำเริบ ต้องรับไว้รักษา นอนโรงพยาบาลในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ เป็นจำนวน ๒๐, ๒๕, ๒๘, ๓๒, ๖๒ และ ๘๖ คน ตามลำดับ นอกจากนี้พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบต้องส่งต่อโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ เป็นจำนวน ๘, ๑๔, ๑๕, ๑๘, ๒๒ และ ๒๔ ปัญหาเสพยาเสพติดในอำเภอเขมราฐ มีแนวโน้มที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากเป็นอำเภอที่ติดชายแดนเป็นเขตพื้นที่สีแดง พบว่ามีกลุ่มผู้ติดสารเสพติดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาซ้ำมีจำนวนปริมาณเพิ่มมากขึ้น เมื่อคัดกรองด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตร่วมหวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ร้อยละ ๕ การบำบัดรักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีโรคทางจิตเวชหรือกลุ่มอาการทางจิตเวช เนื่องจากสารเสพติด (Substance related disorders) นับว่ามีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากในปัจจุบันมีประชากรไม่น้อยที่ติดสารเสพติด จนไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตนเองและสังคมได้ ส่งผลกระทบต่อตนเองและสังคม ส่งผลให้เกิดการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ภาวะโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก เพราะทั้งสองส่วนมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบ โดยเฉพาะด้านการดำเนินโรคการพยากรณ์โรค ทำให้อาการของทั้งสองโรคแย่ง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงมีหน้าที่ การดูแลผู้ติดสารเสพติดให้สามารถเลิกเสพยาอย่างสิ้นเชิงและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดยา โดยถือว่าเป็นเขาเหล่านั้น คือ “ผู้ป่วย” เพราะผู้ป่วยติดสารเสพติดจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ดังนั้นในขั้นตอนของการบำบัดเริ่มแรกจึงต้องมีการวินิจฉัยที่ดี ซึ่งต้องใช้การสัมภาษณ์ทางจิตเวชอย่างระมัดระวัง หลักในการบำบัดรักษาในระยะเริ่มแรก คือ ต้องให้ผู้ป่วยหยุดการใช้สารเสพติดก่อน ซึ่งจะต้องได้รับความร่วมมือ เป็นอย่างดีทั้งจากผู้ป่วยและครอบครัว วิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด มีวิธีการรักษาด้วยยาควบคู่กับ การบำบัดทางจิตสังคมจึงจะเกิดประสิทธิผลที่ดีและลดการกลับไปเสพยาซ้ำได้ โดยพยาบาลมีบทบาท ในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

๑. การสัมภาษณ์และประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินเฉพาะด้าน ดังนี้

- แบบประเมินซึมเศร้า ๒ คำถาม
- แบบประเมินสภาพจิต
- แบบประเมินความเครียด
- แบบแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Over Aggression Scale : OAS)
- แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้าและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา

กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) (V.๒)

๒. ให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ๗ Aspects of care ดังนี้

- ๑) ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย (Assessment)
- ๒) การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ (Symptom Distress Management)
- ๓) การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)
- ๔) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Prevention of Complication)
- ๕) การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)
- ๖) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว

(Facilitation of Patient & Family Self Care)

๗) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย (Enhancement of Patient Satisfaction)

๓. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักการพยาบาล ๕ A : Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange

๔. ประยุกต์ให้การพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

๕. การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลโดยมีการประเมินผู้ป่วยในแต่ละรายตาม

แนวทางการรวบรวมข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

- การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)
- การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
- การวางแผนการพยาบาล (planning)
- การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) เป็นต้น

๖. ให้การพยาบาลจิตสังคมบำบัด ได้แก่ การบำบัดเป็นรายบุคคล (Individual Therapy)

ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy) เป็นต้น

๗. การใช้เทคนิคต่างๆของพยาบาลในการสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเวช อาทิ การเงียบ

(using silence) การยอมรับ (accepting) การแสดงความใส่ใจ (giving recognition or acknowledging)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การเสนอตนเอง (offering self) การใช้คำถามกว้างๆ (giving broad opening) การถาม (questioning) การบอกในสิ่งที่สังเกตเห็น (making observations) การทวนซ้ำ(Restating) การสะท้อนความรู้สึก(reflecting) การสำรวจ (exploring) ทำให้กระจ่าง (seeking clarification) เป็นต้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

๔.๑.ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑.เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (case Study) จากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีปัญหาจากสารเสพติด จำนวน ๒ ราย ซึ่งมารับบริการ ณ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเขมราฐ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๑๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ และทำการศึกษาศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

๒.ศึกษาสถิติและปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีปัญหาจากสารเสพติด

๓.ศึกษาค้นคว้าเรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาและสารเสพติดจากเอกสาร ตำราวิชาการ

๔.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย แผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพอาการผู้ป่วย

๕.ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

๖.ศึกษาค้นคว้าจากตำราปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษา

๗.นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

๘.ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๙.ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๑๐.สรุป เรียบเรียงผลการศึกษา

๑๑.เสนอผลการศึกษาเพื่อรับการตรวจสอบจากบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ

๑๒.แก้ไข ปรับปรุงผลการศึกษาตามคำแนะนำ

๑๓.จัดพิมพ์ผลงาน และจัดทำรูปเล่ม

๑๔.นำเสนอเพื่อขอรับการประเมิน

๔.๒.เป้าหมายของงาน

๑.เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เข้าใจภาวะสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพ และจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม

และมีประสิทธิภาพ

๓.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้สามารถแก้ปัญหากลับมาดำรงชีวิตได้ตามอัตภาพที่บ้านและชุมชน

วัตถุประสงค์ :

๑.เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน กรณีศึกษา ๒ ราย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ

๑. การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วยข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	๒๖ ปี	๔๖ ปี
สถานภาพสมรส	สมรส	โสด
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย	ไทย
การศึกษา	กศน.ม.๖	กศน.ม.๓
อาชีพ/รายได้	ทำนา /๑,๕๐๐ บาท	ทำนา /๒,๐๐๐ บาท
สิทธิการรักษา	๓๐ บาท	๓๐ บาท
ที่อยู่ปัจจุบัน	๑๘ ม.๑๔ บ.ชาติเจริญ ต.หัวนา อ.เขมราฐ จ.อุบลราชธานี	๑๖ ม.๒ ต.หนองนกทา อ.เขมราฐ จ.อุบลราชธานี

๒. ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม

หัวข้อ	การพยาบาล
๑) ระยะทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory)	ในห้วงที่ผู้ป่วยควบคุมอาการทางจิตได้น้อย ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจตามเหตุผลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การพยาบาลระยะนี้ควรดูแลสิ่งแวดล้อม ชี้แนะให้คำปรึกษา การทำให้ทดแทนทั้งหมด
๒) ระยะทดแทนบางส่วน (partly compensatory)	การพยาบาลระยะนี้เมื่ออาการทางจิตทุเลา จะเป็นความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในการปฏิบัติการดูแลตนเอง พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง โดยใช้หลักการพยาบาล ๕ A : Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange
๓) ระยะการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive)	ให้การพยาบาลโดยสนับสนุน แนะนำ ส่งเสริม ผู้ป่วย/ครอบครัว/ชุมชน ในกระบวนการต่างๆที่ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ใช้ยาและสารเสพติด

เกิดการทำร้ายตนเองหรือบุคคลอื่นได้ ภาวะโรคจิตเภทร่วมกับการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์การอย่างมาก เพราะทั้งสองส่วนมีผลกระทบซึ่งกันและกันในทางลบ โดยเฉพาะด้านการดำเนินโรคการพยากรณ์โรค ทำให้อาการของทั้งสองโรคแย่งลง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ(ต่อ)

๓.ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน ดังนี้

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
๑.การรับรู้และการดูแล สุขภาพ	เสพสารเสพติดประเภทยาบ้าโดยวิธี สูบ มีอาการหงุดหงิด เอะอะ อาละวาดในบางครั้ง ปฏิเสธการ เจ็บป่วย	ใช้ยาและสารเสพติดประเภทยาบ้ามา ๑๙ ปี แยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ปฏิเสธการเจ็บป่วย อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย
๒.โภชนาการและการเผา ผลาญสารอาหาร	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ดื่มน้ำได้ ไม่ เบื่ออาหาร ไม่มีอาการคลื่นไส้หรือ อาเจียน	รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ดื่มน้ำได้ ไม่ เบื่ออาหาร ไม่มีอาการคลื่นไส้หรือ อาเจียน
๓.การขับถ่าย	สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะได้ ผู้ป่วยขับถ่ายวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะวันละ 4 - 5 ครั้ง ไม่มี อาการถ่ายปัสสาวะลำบาก ไม่มี อาการแสบขณะถ่ายหรือหลังถ่าย ปัสสาวะ	สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะได้ ผู้ป่วยขับถ่ายวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติ ไม่มีอาการถ่าย ปัสสาวะลำบาก ไม่มีอาการแสบขณะ ถ่ายหรือหลังถ่ายปัสสาวะ
๔.กิจวัตรประจำวันและ การออกกำลังกาย	ไม่มีการออกกำลังกายชัดเจน กิจวัตรประจำวันสามารถปฏิบัติได้เอง เช่นอาบน้ำ ทำอาหาร รับประทานอาหาร ทำนา	ไม่มีการออกกำลังกายชัดเจน กิจวัตร ประจำวันสามารถปฏิบัติได้เอง บางครั้งต้องกระตุ้นให้ช่วยเหลืองาน ครอบครัวได้ เช่นช่วยบิดาเผาถ่าน
๕. การพักผ่อนนอนหลับ	เข้านอน เวลา ๒๓.๐๐น. ตื่นประมาณ เวลา ๐๗.๐๐ น. กลางคืนชอบไปกับ เพื่อน	เข้านอน เวลา ๒๐.๐๐น. ตื่นประมาณ เวลา ๐๕.๐๐ น. กลางคืนนอนอยู่บ้าน
๖. สติปัญญาและการรับรู้	ถาม ตอบไม่ตรงคำถาม ไม่มีหูแว่ว- ภาพหลอน ได้ยินปกติ ไม่สามารถ บอกวันเวลา สถานที่ได้	ถาม ตอบไม่ตรงคำถาม หงุดหงิดง่าย มีหูแว่ว
๗. การรู้จักตนเองและอัต มโนทัศน์	ปฏิเสธการเจ็บป่วย พุดไม่ยอมสบตา อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พุดเสียงดัง น้ำเสียงกระซาง	ปฏิเสธการเจ็บป่วย หงุดหงิดง่าย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ(ต่อ)

๓. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (แสดงเฉพาะที่ผิดปกติ)

แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑ และรายที่ ๒ ตาม ๑๑ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

ข้อมูลแบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ ๒
๘. บทบาทและสัมพันธภาพ	อาศัยอยู่กับบิดา มารดา บางครั้งทะเลาะกับบิดา มารดา และภรรยา เนื่องจากผู้ป่วยไปเสพสารเสพติด รับผิดชอบงานในหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายได้บ้างในแต่ละครั้ง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ด้วยตนเอง	อาศัยอยู่กับบิดา มารดา บางครั้งทะเลาะกับบิดา มารดา เนื่องจากนำทรัพย์สินไปขายเพื่อนำเงินไปซื้อสารเสพติดมาเสพ ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้
๙. เพศและการเจริญพันธุ์	ผู้ป่วยมีภรรยา อาศัยอยู่ร่วมกัน มีบุตร จำนวน ๒ คน	มีภรรยา ๒ คน ปัจจุบันเลิกกันแล้ว ไม่มีบุตรด้วยกัน
๑๐. การปรับตัวและความทนต่อความเครียด	ก่อนป่วย : หากผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด มักเผชิญปัญหาด้วยการไปพบเพื่อน และรวมกลุ่มเสพสารเสพติด ขณะป่วย : บางครั้งเกิดความเครียด เพราะต้องการเสพสารเสพติด เน้นให้ผู้ป่วยปรับตัวโดยกระบวนการออกกำลังกายและนั่งสมาธิ	ก่อนป่วย : หากผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด มักเผชิญปัญหาด้วยการไปเสพสารเสพติด ขณะป่วย : บางครั้งเกิดความเครียด เพราะต้องการเสพสารเสพติด แต่ไม่มีเงินซื้อเน้นให้ผู้ป่วยปรับตัวโดยกระบวนการออกกำลังกายและนั่งสมาธิ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน		
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)		
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
๔.๓.สาระสำคัญ(ต่อ)		
๔.การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจ		
รายการ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ๑๐ ต.ค.๒๕๖๖	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ๒๔ เม.ย.๒๕๖๖
๑.ร่างกาย	สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๗.๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๖๓ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๘๐ เซนติเมตร :ตรวจร่างกายระบบต่างๆปกติ	สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๕๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๕ เซนติเมตร : ตรวจร่างกายระบบต่างๆปกติ
๒.การตรวจสภาพทางจิต	สีหน้าบึ้งตึง พูด ไม่สบตา พูดทวน ความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดคุยได้ ไม่ต่อเนื่องและไม่สัมพันธ์กันระหว่างเรื่องที่พูด เปลี่ยนเรื่องที่กำลังสนทนาอยู่ โดยกะทันหัน ควบคุมอารมณ์ได้น้อย เปลี่ยนแปลงง่าย สมาธิไม่นิ่ง หวาดระแวงว่าญาติใส่ร้ายให้ตนนอนโรงพยาบาล ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ตัดสินใจช้า	สีหน้าท่าทางเฉยเมย ถาม คิดนานก่อนตอบ บางครั้งตอบ ไม่ตรงคำถาม มีอาการหูแว่ว ไม่มีภาพหลอน หงุดหงิดง่าย แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ปฏิเสธการเจ็บป่วย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
๓.แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Over Aggression Scale : OAS)	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ชัดเจน แต่ยังไม่ทำร้าย ทำลายทรัพย์สิน : กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = ๑ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate)	เอะอะโวยวาย ข่มขู่คนอื่น ไม่ได้ทำร้ายคนอื่น ไม่ทำลายทรัพย์สิน แต่จะนำความที่บ้านไปขาย. :กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = ๑ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate)
๔.แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ๒ คำถาม (๒Q)	ไม่พบภาวะซึมเศร้า	ไม่พบภาวะซึมเศร้า
๕.แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.๒	ผลคะแนน ๒๗ อนุমানว่าเป็นผู้ติด	ผลคะแนน ๒๘ อนุমানว่าเป็นผู้ติด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ(ต่อ)

๕. การพยาบาลตามมาตรฐาน ๗ Aspects of care

มาตรฐาน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย Assessment	เสี่ยงต่อการทำร้ายบุคคลอื่น/ ควบคุมตนเองได้น้อย/รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/ใช้ยาและสารเสพติด/ญาติวิตกกังวล	เสี่ยงต่อการทำร้ายบุคคลอื่น/ ควบคุมตนเองได้น้อย/รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/ใช้ยาและสารเสพติด/ญาติวิตกกังวล
การจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ Symptom Distress Management	ไม่นอน/อะอะไยไย/หวาดระแวง/การใช้ยาและสารเสพติด/การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล	ไม่นอน/อะอะไยไย/หวิว/การใช้ยาและสารเสพติด/การขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแล
การดูแลความปลอดภัย Provision for Patient Safety	การเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น การทำลายทรัพย์สิน	การเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น การทำลายทรัพย์สิน
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน Prevention of Complication	ผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช/การใช้ยาเกินขนาด/อันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด	ผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช/การใช้ยาเกินขนาด/อันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด
การให้การดูแลต่อเนื่อง Continuing of Care	ให้ความรู้เรื่องโรค การออกกำลั กายการฝึกสมาธิคลายเครียด พิชัยสารเสพติด	ให้ความรู้เรื่องโรค การออกกำลั กายการฝึกสมาธิคลายเครียด พิชัยสารเสพติด
การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care)	สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สร้างความเข้าใจ การประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแต่ละระยะ การให้กำลังใจ วันนัดมารับบริการ	สื่อสารกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล สร้างความเข้าใจ การประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง แนวทางดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแต่ละระยะ การให้กำลังใจ วันนัดมารับบริการ
การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย (Enhancement of Patient Satisfaction)	สร้างสัมพันธภาพ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ช่วยเหลือเอาใจใส่ ตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังอย่างเหมาะสม	สร้างสัมพันธภาพ ให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ช่วยเหลือเอาใจใส่ ตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังอย่างเหมาะสม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ(ต่อ)

๖. ยาที่ใช้รักษา

ลำดับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
๑	Trihexyphen ๒ mg oral ๑ tab x bid	Fluphenazine ๒๕ mg IM ทุก ๑ เดือน
๒	Trazodone ๕๐ mg oral ๒ tab x hs	Clozapine ๑๐๐ mg oral ๒ tab x hs
๓	VITAMIN Bco oral ๑ tab x tid	Trihexyphen ๕ mg oral ๑ tab x OD
๔	Haloperidol ๕ mg oral ๑ tab x bid	CPZ ๕๐ mg oral ๑ tab x hs
๕	ยาชงหย้าดอกขาว(ขง)	

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑:

ผู้ป่วย ชายไทย อายุ ๒๖ ปี เข้ารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แบบไป - กลับ ระหว่างวันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๑๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖ มีอาการป่วยทางจิต มา ๖ ปี มีประวัตินอนโรงพยาบาลจำนวน ๑ ครั้ง เริ่มใช้ยาและสารเสพติดประเภทยาบ้า มา ๑๖ ปี มีประวัติ เข้ารับการรักษาด้วยยาเสพติดแบบบังคับบำบัดที่โรงพยาบาลเขมราฐ จำนวน ๒ ครั้ง วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๕ มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช(แบบผู้ป่วยนอก)ญาติให้ประวัติ ๑ วันก่อนมา เอะอะโวยวาย ไม่ยอมนอน ทำลายทรัพย์สิน ผลตรวจUrine Amphetamine =positive แกรับ หน้าบึ้งตึง พูด ไม่สบตา พูด ว้าววน ความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดคุยได้ ไม่ต่อเนื่องและไม่สัมพันธ์กันระหว่างเรื่องที่พูด เปลี่ยนเรื่องที่กำลังสนทนา อยู่ โดยกะทันหัน ควบคุมอารมณ์ ได้น้อย เปลี่ยนแปลงง่าย สมาธิไม่นิ่ง หวาดระแวงว่าญาติใส่ร้ายให้ตนนอน โรงพยาบาล ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ตัดสินใจช้า แบบประเมนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS = ๑ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ผู้ป่วยยอมรับยังเสพยาเสพติด สัปดาห์ละ ๒ ครั้งๆละ ๑-๒ เม็ดประเมนด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการ บำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V.๒ ผลคะแนน ๒๗ อนุมานว่าเป็นผู้ติด น้ำหนัก ๖๖ กิโลกรัม สูง ๑๘๐ เซนติเมตร BMI = ๒๐.๐๖ kg/mm² วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้ยารักษาโรคจิตเภทร่วมกับ การดูแลจิตสังคมบำบัด ยาที่ใช้รักษาได้แก่Trihexyphen ๒mg ๑x๒oral pc.,Trazodone ๕๐mg ๑x๑ oral pc hs.,Vit Bcomplex ๑x๓ oral pc.,Haloperidol ๕ mg ๑x๒ oral pc. เป็นเวลา ๓๐ วัน และพยาบาลได้ แนะนำให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองเรื่องเลิกสารเสพติด ความจำเป็นในรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำ ให้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจบำบัด แนะนำให้ญาติในการประเมินอาการทางจิตกำเริบ นัดเข้าคลินิกฟ้าใส วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยยอมรับยังใช้ยาและสารเสพติดประเภทยาบ้า สัปดาห์ละ ๒ ครั้งๆละ ๑-๒ เม็ด น้ำหนัก ๖๗ กิโลกรัม สูง๑๘๐ เซนติเมตร BMI = ๒๐.๐๖ kg/ mm² วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา เซลเซียส ชีพจร ๑๐๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๗๐ มิลลิเมตรปรอท มีความ ต้องการเลิกสารเสพติด พูดคุยข้อปฏิบัติในการเลิกสารเสพติด อธิบายให้ทราบข้อเสียที่จะเกิดขึ้นในการเสพยาเสพติด แนะนำข้อปฏิบัติเมื่อมีอาการต้องการเสพยาเสพติด ผู้ป่วยรับฟังแนะนำให้รับประทานยาต่อเนื่อง และเลิกสารกระตุ้นทั้งหมด แพทย์พิจารณาให้ยาเพิ่มเพื่อลดอาการอยากเสพยาเสพติดยาชงหย้าดอกขาว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ: สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑: (ต่อ)

,Vitamin C ๕๐ mg ๑x๓ oral pc ผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่องตามนัด พฤติกรรมสุขภาพยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ ยังกลับไปใช้ยาและสารเสพติด ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง พยาบาลได้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน ๓ ครั้ง เพื่อดูแลป้องกันมิให้ผู้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการทางจิตกำเริบหรือมีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติด พบว่าครอบครัวและชุมชนขาดความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลช่วยเหลือขณะอยู่บ้าน ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งในการดูแล เฝาระวัง ติดตาม ได้ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคมบำบัดควบคู่กับการใช้ยารักษาและดูแลด้วยองค์รวม โดยประเมินปัญหาสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และยาเสพติด กำหนดเป็นการพยาบาล ๒ ระยะ ๑. ระยะเร่งด่วนได้แก่ป้องกันการก่อเกิดความรุนแรงต่อตนเองและบุคคลอื่นการส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ๒.ระยะโรคลดความรุนแรง ซึ่งเน้นผสมผสานการรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด ได้แก่ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหา ครอบครัวบำบัด ส่งเสริมเครือข่ายในการติดตามดูแลแบบมีส่วนร่วม จนผู้ป่วยและญาติรู้และเข้าใจในความเจ็บป่วย แนวทางการดูแลรักษา มีพลังใจในการดูแลการเจ็บป่วยและเลิกสารเสพติด เกิดทักษะในการเผชิญปัญหา ความเครียด รู้จักการปฏิเสธในการใช้ยาและสารเสพติดอาการทางจิตพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการทางจิตมิให้กำเริบ ไม่มีการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นหรือทำลายทรัพย์สิน แต่ผู้ป่วยยังมีการใช้ยาและสารเสพติดประเภทยาบ้าและกัญชาโดยลดปริมาณลงเหลือเดือนละ ๑-๒ ครั้ง รวมระยะเวลาดูแล ๙๔ วัน

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ :

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๔๖ ปี เข้ารับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด แบบไป-กลับ ระหว่างวันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๒๗ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เริ่มมีอาการป่วยทางจิต มา ๒๐ ปี มีประวัตินอนโรงพยาบาลมากกว่าจำนวน ๕ ครั้ง ใช้ยาและสารเสพติดประเภทยาบ้ามา ๑๙ ปี ไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด วันที่ ๒๔ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๖ ญาติให้ประวัติมาด้วยอาการ ๑ วันก่อนมาเดินไปมา ไม่ยอมนอน ทำร้ายมารดา แกร็บสีหน้าทำทางเฉยเมย ถาม คินนาก่อนตอบ บางครั้งตอบ ไม่ตรงคำถาม มีอาการหูแว่ว ไม่มีภาพหลอน หงุดหงิดง่าย แยกตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ปฏิเสธการเจ็บป่วย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS = ๑ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง ผู้ป่วยยอมรับยังเสพยาเสพติดสัปดาห์ละ ๓ ครั้งๆละ ๑ เม็ดประเมินด้วยแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษากระทรวงสาธารณสุข (บกก.กสธ.) V.๒ผลคะแนน ๒๘ อนุมานว่าเป็นผู้ติด วัตถุเสพติดชนิด อดุมหุมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ซีพจร ๑๐๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณาให้ยารักษาโรคจิตเภทร่วมกับการดูแลจิตสังคมบำบัด ยาที่ใช้รักษาได้แก่ Fluphenazine ๒๕ mg IM ทุก ๑ เดือน Clozapine ๑๐๐ mg oral ๒ tab x hs, Trihexyphen ๕ mg oral ๑ tab x OD และพยาบาลได้แนะนำให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองเรื่องเลิกสารเสพติด ความจำเป็นในรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจบำบัด ผู้ป่วยได้ปฏิเสธเรื่องเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบสมัครใจบำบัด จึงแนะนำให้ญาติในการประเมินอาการทางจิตกำเริบ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖ มาตรวจตามนัด ไม่ขาดยา มีอาการหูแว่ว พูดคนเดียว นอนไม่หลับ สัมภาษณ์ประวัติพบว่าสูบบุหรี่วันละ ๔ มวน เสพยาบ้าครั้งละ ๑ เม็ด/สัปดาห์/ครั้ง วัตถุเสพติดชนิด อดุมหุมิ ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ซีพจร ๑๐๔ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท แนะนำเรื่องโทษจากสารเสพติดที่มีผลต่อการรักษาโรคจิต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ : สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ : (ต่อ)

กระตุ้นให้ญาติกำกับดูแลผู้ป่วยในการใช้สารเสพติดเนื่องจากการใช้สารเสพติดจะส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบ แพทย์พิจารณาปรับเพิ่มยา CPZ ๕๐ mg oral ๑ tab x hs จากยาเดิม Fluphenazine ๒๕ mg IM ทุก ๑ เดือน Clozapine ๑๐๐ mg oral ๒ tab x hs, Trihexyphen ๕ mg oral ๑ tab x OD นัดผู้ป่วยมารับยา ทุก ๑ เดือน จากนั้นผู้ป่วยมารับยาสม่ำเสมอตามนัด ติดตามเยี่ยมบ้าน ๓ ครั้ง จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรม สุขภาพยังไม่เป็นไปตามที่พึงประสงค์ ยังกลับไปใช้ยาและสารเสพติด ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ระหว่างอยู่ใน ความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาอาการทางจิตกำเริบ มีพฤติกรรมพึ่งพาสารเสพติด ครอบครัวและชุมชนขาดความรู้ความ เข้าใจ ทักษะในการดูแลช่วยเหลือขณะอยู่บ้าน ต้องการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทาง สังคม ในการดูแลเฝ้าระวัง ติดตามในการใช้ยาและสารเสพติดและอาการทางจิตกำเริบ เนื่องจากผู้ป่วย ปฏิเสธในการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ดังนั้นจึงใช้กระบวนการปรับความคิดเรื่องยาเสพติดเข้าใน กระบวนการพยาบาลด้านจิตสังคมบำบัด ควบคู่กับการใช้ยารักษาและดูแลด้วยองค์รวม โดยกำหนดเป็นการ พยาบาล ๒ ระยะ ๑. ระยะเร่งด่วนได้แก่ป้องกันการก่อเกิดความรุนแรงต่อตนเองและบุคคลอื่นการส่งเสริมให้ เกิดความไว้วางใจ การดูแลให้ได้รับยาตามแผน การรักษา ๒.ระยะโรคลดความรุนแรง ซึ่งเน้นผสมผสานการ รักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด ได้แก่ การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหา ครอบครัวบำบัด ส่งเสริมเครือข่ายในการติดตามดูแลแบบมีส่วนร่วม จนผู้ป่วย และญาติเกิดรู้และเข้าใจในความเจ็บป่วย แนวทาง การดูแลรักษา มีพลังใจในการดูแลการเจ็บป่วยและเลิกสาร เสพติด เกิดทักษะในการเผชิญปัญหา ความเครียด รู้จักการปฏิเสธในการใช้ยาและสารเสพติด อาการทางจิต สามารถควบคุมได้ไม่มีการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นหรือทำลายทรัพย์สิน เนื่องจากมีอาการป่วยทางจิตเรื้อรัง บางครั้งควบคุมพฤติกรรมไม่ได้ยังมีนำทรัพย์สินภายในบ้านไปขายเพื่อซื้อสารเสพติดประเภทยาบ้า ลดปริมาณใช้ ยาบ้างเหลือเดือนละ ๑ - ๒ ครั้ง แต่ยังคงสุบักัญชา เพิ่มการแนะนำเรื่องพิษภัยจากกัญชา สามารถดูแลกิจวัตร ประจำวันได้ แต่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รวมระยะเวลาดูแล ๙๘ วัน

สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วย

การพยาบาลระยะเร่งด่วน

ข้อที่ ๑ เสี่ยงต่อการทำร้ายบุคคลอื่น เนื่องจากบกพร่องในส่วนการควบคุมอาการทางจิตของตนเอง

ข้อที่ ๒ หวาดระแวงเกี่ยวเนื่องจากความบกพร่องในกระบวนการความคิดไม่ไว้วางใจบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ข้อที่ ๓ สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมน้อยลง เนื่องจากการรับรู้ ความคิดและการตัดสินใจบกพร่อง ตามพยาธิสภาพของโรค

ข้อที่ ๔ เสี่ยงต่ออาการทางจิตกำเริบ เนื่องจากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

การพยาบาลระยะโรคลดความรุนแรง

ข้อที่ ๕ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกใช้ยาและสารเสพติดเนื่องจากไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของ การเสพติด

ข้อที่ ๖ โอกาสเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาและสารเสพติดซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยขาดทักษะในการปฏิเสธและ เผชิญความเครียดไม่เหมาะสม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓. สาระสำคัญ(ต่อ)

สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อที่ ๗ เสี่ยงต่อการทางจิตกำเริบ เนื่องจากประวัติเดิมรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

ข้อที่ ๘ ญาติมีภาวะเครียด เบื่อหน่ายและหวาดกลัว เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลช่วยเหลือขณะอยู่บ้าน

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ : ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๘ ข้อ ให้การดูแลบรรลุดตามวัตถุประสงค์ ๖ ข้อ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อ ๕ และข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อ ๖ เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดยาเสพติดแบบสมัครใจบำบัด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ตระหนักในการที่จะเลิกใช้ยาและสารเสพติด ทั้งนี้พยาบาลได้ส่งต่อให้ญาติ อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อควบคุมให้ผู้ป่วยเลิก ลดปริมาณการใช้ยาและสารเสพติดซึ่งผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ มีโอกาสที่จะไม่ใช้ยาและสารเสพติดและแนวโน้มอาการเจ็บป่วยดีกว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ส่วนหนึ่งอาจมาจากผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ใช้ยาและสารเสพติดและป่วยเป็นโรคจิตมากกว่า ๑๐ ปี สมองอาจโดนทำลายค่อนข้างเยอะ การฟื้นฟูเลยยากมากกว่า

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบผู้ใช้ยาและสารเสพติดของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน ๒ ราย ได้รับการรักษาพยาบาลและศึกษาติดตามประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา ๙๔ วันและ ๙๘ วัน พบว่าปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยและญาติได้รับการแก้ไข โดยกระบวนการพยาบาลจิตสังคมบำบัดส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ โดยไม่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลช่วยลดค่าใช้จ่าย รวมทั้งไม่เกิดการทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สิน จากข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เขมราชู ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๖๒ ราย, ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๖ ราย, ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๒๗ ราย จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกส่งต่อด้วยภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๒๒ ราย, ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๒๔ ราย, ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑ ราย อัตราขาดนัดผู้ป่วยโรคจิตเภท ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ อัตราร้อยละ ๓.๙, ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อัตราร้อยละ ๒.๘, ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ อัตราร้อยละ ๒.๖ และผู้ติดยาเสพติดคงอยู่ในระบบบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนดและติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี ๒๕๖๔ อัตราร้อยละ ๙๕.๕, ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อัตราร้อยละ ๑๐๐, ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ อัตราร้อยละ ๙๗.๙

๕.๒. ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง
๒. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วยมากขึ้นและทราบถึงการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
๓. ญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
ถ้าอาการป่วยกลับซ้ำอีกอีก
๔. ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน
๕. ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพ
๖. ลดการเสพยาเสพติด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑. รูปแบบในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

๖.๒. รูปแบบในการพยาบาลผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติด

๖.๓. รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ

๖.๔. นำกระบวนการจิตสังคมบำบัดเน้นการมีส่วนร่วมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้งสองรายป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้น้อย การรับฟังในเหตุผลหรือคำพูดต่างๆ ที่ให้การแนะนำนั้นเป็นการยากมากกว่าผู้ป่วยโรคปกติ พยาบาลที่ให้การดูแลจำเป็นต้องเข้าใจกลไกการดำเนินของพยาธิสภาพ การประเมินสภาพจิตผู้ป่วยในภาวะต่างๆ นำมาวิเคราะห์และใช้ทักษะการสื่อสาร แนวคิด เพื่อใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิด พฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูให้สามารถกลับมาดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามอัตราภาพ รวมทั้งต้องโน้มน้าวและเสริมพลังใจให้ญาติเกิดความต้องการที่จะอยากดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยทั้งสองรายมีประวัติทำร้ายญาติ ทำลายทรัพย์สินใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อยาและสารเสพติด ก่อให้ญาติเกิดความเบื่อหน่าย หวาดกลัวและไม่มั่นใจในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย เมื่อพยาบาลสามารถปรับแนวคิดให้ญาติพร้อมจะดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างความรู้ต่างๆ ให้แก่ญาติเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจึงจะดำเนินไปได้ จึงพยาบาลผู้ดูแลนอกจากจะมีทักษะให้การพยาบาลผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติด ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วยังต้องต้องมีจิตบริการ อดทน ทักษะเชิงบวกต่อผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลานานและมีโอกาสกลับป่วยซ้ำได้

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑. ผู้ป่วยมีอาการทางจิต ควบคุมตนเองได้บางส่วน ทำให้การให้การพยาบาลได้ลำบากเพราะผู้ป่วยมักปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา อีกทั้งมักข่มขู่ อาละวาด ทำร้ายผู้ดูแลในกรณีที่ไม่บอกให้รับประทานยา ทำให้ญาติเกิดหวาดกลัวในการที่จะโดนผู้ป่วยทำร้าย จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยา อาการจึงไม่ทุเลา

๘.๒. ผู้ป่วยลดปริมาณการใช้สารเสพติดประเภทกัญชาและยาบ้า แต่ไม่ได้เลิกเด็ดขาดทำให้สารเสพติดเป็นตัวกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ

๘.๓. กระบวนการให้การพยาบาลบำบัดรักษายาเสพติดใช้การพยาบาลแบบจิตสังคมบำบัดเมื่อผู้ป่วยควบคุมอาการทางจิตได้บางส่วน ทำให้การปรับเปลี่ยนแนวคิดการเลิกใช้ยาและสารเสพติดเกิดปัญหา

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะไม่มีอาการทางจิตกำเริบ คือ การที่ได้รับประทานยาต่อเนื่องและลด หรือเลิกใช้สารเสพติด ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม ซึ่งเพื่อให้การรักษาบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านต่างๆ ดังนี้

๑. พยาบาลผู้ดูแลต้องมีสมรรถนะในการประเมินและวางแผนให้การพยาบาลในกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

๒. พยาบาลผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชนต้องให้การดูแลผู้ป่วยใช้ยาและสารเสพติด ผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยทัศนคติเชิงบวกเพราะผู้ป่วยเป็นกลุ่มเปราะบาง และมีโอกาสกลับป่วยซ้ำ

๓. ครอบครัวและชุมชนต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแล กำกับ ติดตาม เฝ้าระวังในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การเลิกใช้ยาและสารเสพติด และดำเนินกิจกรรมต่างๆ ขณะอยู่ในชุมชน

๔. พยาบาลควรติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างรอยเชื่อมต่อในชุมชนในการดูแลผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๕.การบำบัดรักษาผู้เฒ่าและสารเสพติดที่มีอาการร่วมทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพจะต้องเป็นโปรแกรมระยะยาวและต้องอาศัยกระบวนการที่ใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อช่วยป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ การบูรณาการ การบำบัดอย่างครอบคลุมจะช่วยให้ผู้ป่วย ลดการใช้สารเสพติดและคงสภาพอาการทางจิตไม่ให้มีอาการแย่ลงได้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การประชุมวิชาการ เรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI จัดโดย สมาคมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑) นางศิริพร จันทรทิพย์	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐	(ระบุร้อยละ)
๒)	สัดส่วนของผลงาน.....	(ระบุร้อยละ)
๓)	สัดส่วนของผลงาน.....	(ระบุร้อยละ)

สัดส่วนของผลงาน ผู้นำเสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ๕๖ ๓

(นางศิริพร จันทรทิพย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

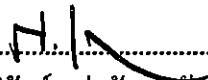
(วันที่) ๒ / ๗.๑ / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางศิริพร จันทรทิพย์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

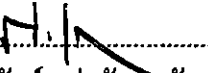
(ลงชื่อ) 

(นายภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายภิรักษ์ รุ่งพัฒนาชัยกุล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขมราฐ

(วันที่) ๒ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ พยาบาลชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยาและสารเสพติดแบบเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท เป็นโรคความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงและเรื้อรัง ส่งผลต่อการพูด การคิด การรับรู้ ความรู้สึก และการแสดงออกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ อย่างประสาทหลอน หลงผิด ปลีกตัวจากสังคม หรือไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งปัจจุบันยังไม่พบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคนี้ จึงยังไม่มีวิธีการรักษาที่เฉพาะเจาะจง แต่ผู้ป่วยอาจบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นได้ โดยต้องเข้ารับการรักษาเพื่อควบคุมอาการไปตลอดชีวิต จากรายงานการศึกษาภาวะสังคมไทย โดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในช่วงไตรมาสที่ ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีจำนวน ๖๒๒,๑๗๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๖ ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ในปัจจุบันพบพฤติกรรม การใช้ยาเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้การพยาบาลบำบัดรักษามีความยากและความซับซ้อนมากขึ้น กลุ่มผู้เสพและกลุ่มผู้ติด รุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่ปัญหาการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช ทำให้การรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดและการรักษาโรคจิตเภทยากมากขึ้น เกิดการปฏิเสธในการรักษา ส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่มีภาวะโรคจิตเภทยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดซ้ำ การก่อความรุนแรงต่อตนเองและบุคคลอื่น ทั้งนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ต้องรับประทุษร้ายต่อเนื่องหากครอบครัวมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อสังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดกลับเข้าสู่ปัญหาเดิม กลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และเป็นกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ดังนั้นการป้องกันผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยาและสารเสพติดไม่เกิดอาการทางจิตกำเริบ ลดพฤติกรรมในการเสพยาผู้ป่วย จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและสังคม ในการเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและแก้ไขปัญหาผู้ใช้ยาและสารเสพติด โดยพยาบาลต้องมีบทบาท ในการส่งเสริม ให้ความรู้ ทักษะในการดูแลโรคสมองตื้อยา การเกิดโรคจิตเภท การรักษา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว รุนแรง การดูแลต่อเนื่องแก่ผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดบทบาท แนวทางการปฏิบัติของแต่ละคน ในการดูแลผู้ป่วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑.เนื่องจากการศึกษา เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยาและสารเสพติดแบบเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรหลายหน่วยงาน อาจเกิดการคลาดเคลื่อนในหน้าที่รับผิดชอบหรือเกิดการผลักระหว่างในการดูแลผู้ป่วยกันเกิดขึ้น

๓.๒.ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยาและสารเสพติดเป็นโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มักมีประวัติก่อความรุนแรงทำร้ายบุคคลอื่น ทำให้ครอบครัว ชุมชน มีทัศนคติเชิงลบ รวมทั้งหวาดกลัวในการต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

๓.๓.ครอบครัว ชุมชน บางส่วนมีความคิดเห็นว่าไม่ใช่หน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ทั้งนี้พยาบาลต้องมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคจิตเภท ผลกระทบต่อบุคคลและชุมชนหากผู้ป่วยรับประทุษร้ายไม่ต่อเนื่องหรือกรณีผู้ใช้ยาและสารเสพติดร่วมด้วย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

๓.๔.เนื่องจากในการดำเนินงานต้องเกี่ยวข้องกับเครือข่ายหลายภาคส่วน ดังนั้นต้องดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานภายใต้คำสั่งนายอำเภอเขมราฐ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑.ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อาทิ ผู้นำชุมชน อสม. ตำรวจ ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยาและสารเสพติด

๔.๒.ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อาทิ ผู้นำชุมชน อสม. ตำรวจ ญาติ มีระบบกลไกป้องกันและเฝ้าระวังปัญหา ยาเสพติด รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้ยาและสารเสพติด ลดปัญหาการก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

๔.๓.ประชาชนในหมู่บ้านมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

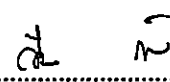
๕.๑.อัตราขาดนัดไม่เกินร้อยละ ๕

๕.๒.อัตราผู้ป่วยนอนรพ.< ๕ %

๕.๓.จำนวนผู้ป่วยส่งต่อจิตเวชฉุกเฉิน< ๕ %

๕.๔.ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง>๘๐%

๕.๕.ผู้ป่วยลดการใช้สารเสพติด >๘๐%

(ลงชื่อ) 

(นางศิริพร จันทรทิพย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๒ / มกราคม / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน