

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการเดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๔ รวม ๕ เดือน

กิจกรรม	๒๕๖๔					๒๕๖๖
	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ธ.ค.
๑. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย	✓					
๒. เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยเพื่อศึกษา	✓					
๓. ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้าพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	✓					
๔. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง	✓					
๕. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลรายที่ ๑		✓	✓			
๖. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลรายที่ ๒				✓	✓	
๗. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ รายตาม ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงานและ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง				✓	✓	
๘. สรุปผลการศึกษา					✓	
๙. เขียนรายงานการศึกษาและจัดทำเป็นรูปเล่ม					✓	
๑๐. เฝยแพร่ผลงานทาง Oral presentation						✓

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

๓.๑.๑ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

คำจำกัดความ
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
พยาธิสรีรวิทยา
การวินิจฉัยโรค
ภาวะแทรกซ้อน
การรักษา
การป้องกัน
การพยาบาล

๓.๑.๒ แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑) แนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ

- (๑.๑) การประเมิน ปัญหาและความต้องการ
- (๑.๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล
- (๑.๓) การวางแผนการพยาบาล
- (๑.๔) การปฏิบัติการพยาบาล และ
- (๑.๕) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

๓.๑.๒ แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

๒) แนวคิดการตั้งวินิจฉัยการพยาบาล Carpenito Moyet, ๒๐๑๐ ซึ่งวินิจฉัยการพยาบาล บางข้อไม่จำเป็นต้องมีคำว่า เนื่องจาก และใช้คำว่า ภาวะ ได้ ลักษณะคล้ายกับ Focus cutting

๓) ทฤษฎีของโอเร็ม (Orem's theory) ในส่วนของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) โดยเมื่อผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะต้องได้รับการดูแลแบบทดแทนทั้งหมด

๔) แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care concept) ที่ให้ความสำคัญกับ ปัจจัยแวดล้อมทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย เน้นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัว

๓.๑.๓ การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๔ ยาที่ใช้ในผู้ป่วย

ยาที่ใช้ในผู้ป่วย ได้แก่ Berodual, Seretide, Dexamethasone, E.KCL, Ceftriaxone, Warfarin Azithromycin, Roxithromycin, Amiodarone, Amlodipine, Enalapril, Bromhexine

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

การพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลมีการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพ ตามบทบาท ความรับผิดชอบของวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบครัวเป็นศูนย์กลางดังนี้

๓.๒.๑ การประเมินปัญหาและความต้องการ

๑) การประเมินในระยะแรกเริ่ม

๑.๑) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบื้องต้นทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยบนพื้นฐานของสัมพันธภาพอันดี

๑.๒) วินิจฉัยความรุนแรง ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหาทันที

๑.๓) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินทางการพยาบาลให้เสร็จสิ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยใหม่

๑.๔) รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่าย เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะและแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ

๑.๕) กรณีผู้ป่วยเด็กให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรับภูมิคุ้มกัน พัฒนาการตามวัย และแบบแผนการเลี้ยงดู

๒) การประเมินในระยะการดูแลต่อเนื่อง

๒.๑) เผื่อระวังสังเกตอาการ อาการแสดงเป็นระยะๆ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และผลของการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๒.๒) ติดตามรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสีหรือการตรวจพิเศษ ให้พร้อมเพื่อการวินิจฉัยปัญหาทั้งปัญหาปัจจุบันและปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

๓) การประเมินในระยะจำหน่าย

๓.๑) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย

๓.๒) กรณีผู้ป่วยวาระสุดท้ายควรประเมินซ้ำ

๔) สื่อสารข้อมูลที่ได้จากการประเมินและผลการพยาบาลแก่ทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร

๔.๑) รายงานข้อมูลที่เป็นเร่งด่วนไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อการตัดสินใจให้การช่วยเหลือ หรือเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

๔.๒) บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างถูกต้อง เป็นระบบต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายอย่างถูกต้องและครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและการให้การพยาบาล

๓.๓.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

๑) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการพยาบาลตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

๒) กำหนดปัญหาและความต้องการที่กำลังเกิดขึ้นเกิดขึ้นแล้วมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๓) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และการเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

๔) นำข้อมูลที่ประเมินได้ในระยะการดูแลต่อเนื่องมาแก้ไข หรือกำหนดปัญหาและความต้องการใหม่ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจน

๕) ระบุปัญหา และความต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อในกรณีผู้ป่วยและครอบครัวยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่อง

๖) บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน

๓.๒.๓ การวางแผนการพยาบาล

๑) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต หรือจัดการกับอาการรบกวนความสุขของผู้ป่วยไว้เป็นลำดับแรก

๒) กำหนดแผนการพยาบาลในระยะเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ

๓) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อความครอบคลุม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๔) แก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๕) สื่อสารแผนการพยาบาลให้สมาชิกในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตามแผนในแต่ละวันแต่ละเวร ทั้งด้วยวาจาและเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร

๖) บันทึกแผนการพยาบาลให้ถูกต้องและครบถ้วน

๓.๒.๔ การปฏิบัติการพยาบาล

๑) ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งความเพียงพอของการหายใจ การไหลเวียนโลหิต การขับถ่ายของเสียจากร่างกาย การได้รับสารอาหาร การรับรู้ระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร การปฏิบัติกิจกรรม และการพักผ่อน

๒) ติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และรายงานแพทย์ให้ทันเวลา

๓) ในกรณีฉุกเฉินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย

๔) ตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาอย่างรอบคอบและตัดสินใจดำเนินการ หรือจัดการให้การรักษานั้นเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ตามขอบเขตของวิชาชีพ

๕) รายงานหรือประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แผนการรักษาได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วนในเวลาที่กำหนด

๖) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

๗) เฝ้าระวังอาการไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๘) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงความไม่สุขสบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ อธิบายถึงแนวทางการช่วยเหลือและวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น

๙) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายพร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนและการขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายและอาการรบกวนต่าง ๆ

๑๐) ปฏิบัติพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในโรงพยาบาลการดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม

๑๑) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๑๒) หลังจากปฏิบัติการพยาบาลแล้วอาการรบกวนต่างๆ ไม่ทุเลาลง ประเมินแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา

๑๓) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด

๓.๒.๕ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

๑) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับและระยะดูแลต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยและคาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่อาจยังคงเหลืออยู่หลังจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่

๑.๑) ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค

๑.๒) แนวทางการรักษาที่ได้รับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๑.๓) ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

๑.๔) สภาพร่างกาย จิตใจ และระดับความรุนแรงของโรค

๒) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา และวางแผนในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาวะแวดล้อม

๓) กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละวัน ตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๔) กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการสอน เลือกใช้ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ให้สอดคล้องกับปัญหา

๕) ประสานงานหรือประชุมปรึกษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ทิมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาผู้ป่วย

๖) ประชุมปรึกษาร่วมระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินความก้าวหน้าปัญหา และอุปสรรคของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ร่วมวิเคราะห์และปรับปรุงแผนการจำหน่าย

๗) บันทึกและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย

๘) ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกำหนด

๙) วิเคราะห์สาเหตุของการกลับมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่ Re-admissionทุกราย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย

๓.๒.๖ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๑) ประเมินหรือตรวจสอบข้อมูลการประเมินปฏิกิริยาตอบสนองภายหลังปฏิบัติการพยาบาลทันทีหรือในเวลาที่กำหนดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

๒) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๓) นำข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มาใช้ในการวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมาย และความเหมาะสมของแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๔) ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล โดยแสวงหากลวิธีใหม่ในการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๕) ประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย

๖) วิเคราะห์ผลสำเร็จหรือปัจจัยอุปสรรคของการปฏิบัติการพยาบาล ในกรณีที่ผลการปฏิบัติการพยาบาลไม่ก้าวหน้าตามที่คาดการณ์ไว้

๓.๒.๗ การสร้างเสริมสุขภาพ

๑) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกเริ่มและต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว

๒) ค้นหาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๓) กำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมผสมผสานแผนเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

๔) ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ป่วยแต่ละรายให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

๕) จัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จัดสถานที่อุปกรณ์/เครื่องมือ สำหรับออกกำลังกาย มุมหนังสือ มุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

๖) เพิ่มบริการด้านสุขภาพทางเลือก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ

๗) ประชาสัมพันธ์การสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

๓.๒.๘ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

๑) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับและต่อเนื่องในการวินิจฉัยความต้องการการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

๒) กำหนดแผนการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายด้านร่างกายและจิตใจ โดยผสมผสานเข้ากับแผนการพยาบาล และแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

๓) ปฏิบัติและกำกับดูแลให้สมาชิกในทีมการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

๔) ติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์สาเหตุ และปรับปรุงแผนการคุ้มครองอันตรายด้านร่างกาย และจิตใจอย่างต่อเนื่อง

๕) บันทึกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในรายงานอุบัติการณ์และรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ

๓.๒.๙ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

๑) ประเมินการรับรู้ความเข้าใจ และความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

๒) กำหนดแผนการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

๓) จัดระบบและแนวทางการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๔) จัดโปรแกรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๕) การปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มตามแนวทางการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแต่ละหน่วยงาน

๖) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และหรือเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๗) กรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา ให้คำแนะนำตามแนวทางการปฏิบัติที่หน่วยงานกำหนด

๘) กรณีแจ้งข่าวร้าย ต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวพิจารณาหาวิธีการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม โดยประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูล

๙) ประเมินผลการตอบสนองต่อการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกและซักถาม เพื่อให้เกิดความกระจ่างของข้อมูลที่ได้รับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๓.๒.๑๐ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

๑) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้แก่

๑.๑) การให้ข้อมูล/บอกกล่าวข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๑.๒) การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย

๒) จัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ/วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

๓) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยเคารพในสิทธิและยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติศาสนา

๔) ปกป้องผู้ป่วยไม่ให้ถูกกล่าวหาหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสมรวมทั้งการปฏิเสธการรักษาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือผู้ป่วยวาระสุดท้าย

๕) ก่อนให้การพยาบาลใด ๆ แก่ผู้ป่วย ควรบอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบ แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว

๖) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล

๗) ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างและกำกับให้สมาชิกทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว

๓.๒.๑๑ การบันทึกทางการพยาบาล

๑) บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุม

๒) ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก และรายงานทางการพยาบาล

๓) ทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน

๔) ใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน ให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย

๕) ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นอาการที่เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติในการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากกระตุ้นก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ (Not fully reversible) เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (Progressive) และส่งผลเสียไม่ใช่ว่าเฉพาะระบบหายใจเท่านั้น โดยทั่วไปมักจะรวมถึงโรคสองโรคประกอบด้วย โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary emphysema) โดยมีลักษณะเป็น Progressive, Not fully reversible อุบัติการณ์ของโลกพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน ๓.๓๒ ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ ๗๐ เป็นผู้มีอายุต่ำกว่า ๗๐ ปีในเอเชีย-แปซิฟิก พบอุบัติการณ์ในแต่ละประเทศร้อยละ ๓.๗-๑๖.๗๑ ของประชากรทั้งประเทศ ส่วนประเทศไทยพบร้อยละ ๒.๐๙ ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งส่วนมากเป็นในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑.๕๗ พบอัตราการตายร้อยละ ๘.๓๗ ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยร้อยละ ๗๐ มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ ๓๐-๔๐ มีสาเหตุมาจากสาร/ก๊าซหรืออากาศเป็นพิษผู้ป่วยร้อยละ ๑๐๐ เสียชีวิตขณะมีอาการกำเริบเฉียบพลันซึ่งในช่วงของอาการกำเริบไม่รุนแรงจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้น เนื่องจากโรค COPD เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้การป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่สุด โดยแผนการรักษาประกอบด้วย การประเมินอาการและตระหนักตลอดเวลาว่าเป็นโรค (Assess and monitor disease) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Reduce risk factors) การดูแลในช่วงที่โรคสงบ (Manage stable COPD) การรักษาในช่วงอาการกำเริบเฉียบพลัน (Manage exacerbations) ซึ่งผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation: COPD with AE) บางรายที่มีอาการช่วงอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรงพ่นยาด้วยตัวเองที่บ้านแล้วไม่ดีขึ้น ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โรงพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย COPD with AE ในระยะวิกฤตหรือระยะแรกเริ่ม นอกจากจะดูแลให้ผู้ป่วยพ้นอันตรายจากภาวะพร่องออกซิเจนแล้ว ยังต้องดูแลปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด อาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น การติดเชื้อ และดูแลระบบต่าง ๆ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค COPD เช่น ภาวะหัวใจวายช็อกขวาเป็นต้น โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) การให้การพยาบาลตามทฤษฎีโอเรียม (Orem's theory) และดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำซุ่น มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน ๓๐ เตียง รับรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกโรคทั้งอายุกรรมและศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน ๒,๒๐๐, ๒,๐๔๓ และ ๒,๗๕๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย COPD with AE จำนวน ๙๑, ๙๓ และ ๑๒๗ ราย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำนับเป็นครั้ง จำนวน ๔๑๙, ๓๑๕ และ ๕๐๗ ครั้ง ตามลำดับ จากสถิติแม้ว่าจะไม่พบอัตราการตายจากโรค COPD with AE แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรคขณะเกิดภาวะ AE ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหัวใจวายช็อกขวา เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดปัจจัยการกระตุ้นภาวะ AE ดูแลให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเพื่อป้องกันภาวะหัวใจวาย และสิ่งสำคัญคือการสอนการไอแบบมีประสิทธิภาพเพื่อขับเสมหะที่อุดกั้นและทำทางเดินหายใจให้โล่งด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูงมีการประสานงานกันอย่างรวดเร็วระหว่างทีมสหวิชาชีพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต และอาการดีขึ้น เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะ AE และดำเนินชีวิตภายใต้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันโดยศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย

๔.๒.๒ เพื่อพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ทฤษฎีโอเรม (Orem's theory) และดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย อย่างปลอดภัย ได้มาตรฐาน และครอบคลุมแบบองค์รวม

๔.๓.๒ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ทั้งนี้ป้องกันไปถึงความพิการและการเสียชีวิต

๔.๓.๓ เพื่อสร้างเอกสารหลักฐาน ให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการรักษาพยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงาน ใช้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ผู้ศึกษาดูงาน นักศึกษาพยาบาล

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจำนวน ๒ ราย ณ หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำซุ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดการพยาบาลตามหลัก Nursing process บูรณาการกับทฤษฎี Orem's theory และแนวคิด Holistic care ทุกระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติที่เสี่ยงและคุกคามต่อชีวิต หรือเกิดจากการใช้ยาอันตรายต่างๆ ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต รวมทั้งการใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเครื่องมือพิเศษต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๙-๑๒ เมษายน ๒๕๖๔ (๓ วัน)

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๐-๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๔ (๓ วัน)

ทำการเขียนรายงานการศึกษา นำเสนอผลงานแบบ oral presentation ในการประชุมวิชาการ เรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาลในยุค BANI รุ่นที่ ๓ ประจำปี ๒๕๖๖ วันอาทิตย์ที่ ๒๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันโดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๔.๕.๑ ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคในหอผู้ป่วย

๔.๕.๒ เลือกรายการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน จำนวน ๒ ราย

๔.๕.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๕.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคการพยาบาลตาม Nursing process บูรณาการกับ ทฤษฎี Orem's theory และแนวคิด Holistic care ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

๔.๕.๑ ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๔.๕.๒ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลได้แก่ ๑) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ๒) วินิจฉัยการพยาบาล ๓) วางแผนการพยาบาล ๔) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ ๕) ประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๔.๕.๓ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องนำมาวางแผนการพยาบาลให้การพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ(อารมณ์) สังคม (ครอบครัว) และจิตวิญญาณ

๔.๕.๔ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ โดยยึดหลัก Orem's theory และแนวคิด Holistic care ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๔.๕.๕ สรุปผลการพยาบาล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด

๔.๕.๖ เรียบเรียงผลงานเพื่อจัดทำเอกสาร และตรวจสอบความถูกต้อง

๔.๕.๗ นำเสนอผลงานแบบ oral presentation โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์ผลงาน

๔.๕.๘ แก้ไขกรณีศึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

๔.๕.๙ รวบรวมรูปเล่มที่ได้รับการนำเสนอผลงาน

๔.๖ สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ ๑

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๒ ปี BMI ๑๗.๗๗ kg/m² มาโรงพยาบาลด้วย ๒ วันก่อนมามีอาการไอแห้งๆ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีหายใจหอบและ ๑ วันก่อนมา มีไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย พ่นยาเดิม ๓ ครั้ง ที่บ้านอาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล โดยมีประวัติ ๕ ปีก่อนได้รับวินิจฉัยว่าเป็น COPD เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่หยุดสูบบุหรี่เมื่อ ๒๐ ปีที่แล้ว แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น COPD with AE with Pneumonia แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลักษณะตัวเล็กและผอมแห้งทำทางอ่อนเพลียมีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย Temp ๓๙.๗°C, P ๑๑๒ bpm, R ๔๐ bpm, BP ๑๕๒/๘๙ mmHg, O₂ sat ๙๑% ฟัง Lung พบ Crepitation with Wheezing สมรรถภาพปอด พบค่า FEV₁=๔๑%, POST=๔๗%, FEV₁/FVC ๗๓%, POST=๗๒%, Severe, Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration, EKG พบ Tachycardia ดูแลให้ O₂ cannula ๓ LPM, Keep O₂ sat >๙๒%, ดูแลพ่นยา Berodual (๒:๒) ๑ Nebule NB stat x II ห่างกัน ๑๕ นาที, ดูแลให้ Dexamethasone ๕ mg q ๖hr และพ่นยา Seretide ๒ puff พ่น bid ค่า Na ๑๒๖ mmol/dL ดูแลให้ ๐.๙%NSS ๖๐ ml/hr และพบค่า CBC ผิดปกติ ได้แก่ WBC ๑๑,๕๐๐ cell/mm³, Lymphocyte ๑๖%, Neutrophil ๗๗% ดูแลให้ยา Ceftriaxone ๒ gms vein OD, Roxithromycin ๑๕๒ oral pc x ๕ days หลังให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยตลอดทั้งคืน Temp ๓๖.๙-๓๗.๗°C, P ๙๖-๑๐๒ bpm, R ๒๘-๓๒ bpm, BP ๑๑๘/๗๐-๑๓๒/๘๐ mmHg, O₂ sat ๙๕%, กลับพักผ่อนได้, I/O เข้า ๑,๒๐๐ ml ออก ๑,๐๐๐ ml วันต่อมา ติดตามค่า Na ปกติ พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่องตลอดทั้งวัน Temp ๓๖.๙-๓๗.๕°C, P ๘๘-๙๐ bpm, R ๒๔-๒๘ bpm, BP ๑๒๒/๗๘-๑๓๖/๘๒ mmHg, O₂ sat ๙๔-๙๖%, รับประทานอาหารได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๑,๙๕๐/๑,๗๐๐ ml จากการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านโดยให้รับประทานยา Roxithromycin ให้ครบ นอนโรงพยาบาล ๓ วัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ สรุปกรณีศึกษา(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๒

ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๗๕ ปี BMI ๒๑.๙๑ kg/m^๒ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ๑ วันก่อนมา มีอาการไอ ห่าง ๆ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีหายใจหอบ ๔ ชั่วโมงก่อนมา ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย พ่นยาเดิม ๓ ครั้ง ที่บ้าน อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล โดย ๕ ปีก่อนมา ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น COPD มีโรคประจำตัว Asthma และ HTเคสสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่หยุดสูบบุหรี่ ๒๐ ปีที่แล้ว แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น COPD with AE with Atrial fibrillation with Pneumoniaแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างโปร่งสมส่วน ทำทางอ่อนเพลีย ไม่มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย Temp ๓๖.๕°C, P ๑๒๐ bpm, R ๓๒ bpm, BP ๑๔๐/๘๐ mmHg, O_๒ sat ๙๓% ฟัง Lung พบ Wheezing สมรรถภาพปอด มีค่า FEV_๑=๘๕%, POST=๘๙%, V_๑/FVC=๙๒%, POST=๘๙% ผล Normal spirometry, Chest X-ray พบ Cardiomegaly, Both lung perihilar infiltration, EKG พบ Atrial fibrillation (AF) with Tachycardiaดูแลให้ O_๒cannula ๓ LPM, Keep O_๒sat >๙๒%, ดูแลให้ Amiodarone ๑๕๐ mg+๕%D/W ๑๐๐ ml vein ๓๐ ml then Amiodarone ๑๐๐ mg+๕%D/W ๑๐๐ ml vein in ๒๔ hr, If BP>๙๐/๖๐ mmHg, HR<๙๐ bpm off Amiodarone, ดูแลพ่นยา Berodual (๒:๒) ๑ Nebule NB stat x II ทั้งกัน ๑๕ นาทีดูแลให้ Dexamethasone ๕ mg q ๖ hrดูแลให้ Seretide ๒ puff พ่น bid ผล CBC ผิดปกติ คือค่า Lymphocyte๑๖% ดูแลให้ Ceftriaxone ๒ gms vein OD, Azithromycin ๒x๑ oral pc x ๕ days พบค่า K ๒.๙ mmol/Lดูแลให้ E.KCL ๓๐ ml oral x II ทั้งกัน ๓ ชั่วโมงหลังให้การช่วยเหลือในวันแรก ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยตลอดทั้งวันTemp ๓๖.๗-๓๖.๙°C, P ๑๐๐-๑๑๒ bpm, R ๒๖-๒๘ bpm, BP ๑๓๐/๗๐-๑๓๕/๘๓ mmHg, O_๒ sat ๙๖% รับประทานอาหารได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O เข้า ๒,๒๘๐/๒,๑๐๐ ml แต่ในวันต่อมาผู้ป่วยมี BP ๑๔๘/๑๐๔ mmHg ดูแลให้ Captopril ๑ tab oral stat หลังให้ ๑ ชั่วโมง BP ๑๓๖/๙๒ mmHg และติดตามค่า K พบว่าปกติผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาพยาบาล อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายกลับบ้านรวมจำนวนวันนอน ๓ วัน

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. เพศ/อายุ	เพศชาย/อายุ ๖๒ปี	เพศชาย/ อายุ ๗๕ปี
๒. น้ำหนัก/ส่วนสูง/ BMI	น้ำหนัก ๔๐ kg/ส่วนสูง ๑๕๐ cm/ BMI ๑๗.๗๗ kg/m ^๒	น้ำหนัก ๗๕ kg/ส่วนสูง ๑๘๕ cm/ BMI ๒๑.๙๑ kg/m ^๒
๓.อาการสำคัญ	ไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย เป็นมา ๑ วัน	ไอหายใจหอบเหนื่อยเป็นมา๔ชั่วโมง
๔. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	๕ ปีก่อนมา รพ.ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น COPD ๒ วันก่อนมา รพ.มีอาการไอแห้งๆ ไม่มี น้ำมูก ไม่มีหายใจหอบ ๑ วันก่อนมา มีไข้สูง ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย พ่นยาเดิม ๓ ครั้ง ที่บ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล	๕ ปีก่อนมา รพ. ได้รับวินิจฉัยว่าเป็น COPD ๑ วันก่อนมา รพ. มีอาการไอแห้งๆ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีหายใจหอบ ๔ชั่วโมงก่อนมา รพ. ไอมีเสมหะ หายใจหอบเหนื่อย พ่นยาเดิม ๓ ครั้ง ที่บ้านอาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๕. โรคประจำตัว	-ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่นๆ -เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่หยุดสูบบุหรี่เมื่อ ๒๐ ปีที่แล้ว	-มีโรคประจำตัว Asthma และ HT -เคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่หยุดสูบบุหรี่เมื่อ ๒๐ ปีที่แล้ว
๖. วินิจฉัยโรค	-COPD with AE with Pneumonia	-COPD with AE with Atrial fibrillation with Pneumonia
๗. V/S แรกรับ และการตรวจสมรรถภาพปอด Spirometry	-Temp ๓๙.๗°C, P ๑๓๐ bpm, R ๔๐ bpm, BP ๑๕๒/๘๙ mmHg -FEV๑=๔๑%, POST=๔๗%, FEV๑/FVC=๗๓%, POST=๗๒%: Severe obstruction	-Temp ๓๖.๕°C, P ๑๐๔ bpm, R ๓๒ bpm, BP ๑๔๐/๘๐ mmHg -FEV๑=๘๕%, POST=๘๙%, V๑/FVC=๙๒%, POST=๘๙%: Normal spirometry
๘. โรค/ภาวะแทรกซ้อน	Hypertension with Hyponatremia	Hypokalemia

วิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ชายสูงอายุ มีประวัติเคยสูบบุหรี่เป็นประจำ แต่หยุดสูบบุหรี่เมื่อ ๒๐ ปีที่แล้ว มาด้วยอาการไอ หายใจหอบเหนื่อย ผู้ป่วยรายที่ ๑ ไม่มีโรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรค COPD มีไข้สูง หายใจหอบ ๔๐ bpm ค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ตรวจสมรรถภาพปอด พบ Severe obstruction ขณะรับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Hypertension รายที่ ๒ มีโรคประจำตัวเป็น Asthma with HT ไม่มีไข้ หายใจหอบ ๓๒ bpm ค่า BMI ปกติ ตรวจสมรรถภาพปอดพบ Normal obstruction ขณะรับการรักษาพบภาวะแทรกซ้อน Hypokalemia

อาการแสดงผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติและการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
อาการแสดงผล	๙ เมษายน ๖๔	๒๐ มิถุนายน ๖๔
Lab/Chest X-Ray	แรกรับ ๑๙.๑๙น.	แรกรับ ๙.๐๒น.
ที่ผิดปกติและการรักษา	-รู้สึกตัวดี ลักษณะตัวเล็กและผอมแห้ง ท่าทางอ่อนเพลีย มีไข้สูง หายใจหอบเหนื่อย -Temp ๓๙.๗°C, P ๑๑๒ bpm, R ๔๐ bpm, BP ๑๕๒/๘๙ mmHg, O _๒ sat ๙๑% -ฟัง Lung พบ Crepitation with Wheezing, สมรรถภาพปอด Severe obstruction, Chest X-ray พบ Both lung	-รู้สึกตัวดี ลักษณะสูงโปร่งสมส่วน ท่าทางอ่อนเพลีย ไม่มีไข้ หายใจหอบเหนื่อย -Temp ๓๖.๕°C, P ๑๒๐ bpm, R ๓๒ bpm, BP ๑๔๐/๘๐ mmHg, O _๒ sat ๙๓% -ฟัง Lung พบ Wheezing สมรรถภาพปอด Normal spirometry, Chest X-ray พบ Cardiomegaly, Both lung perihilar

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

อาการแสดงผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติและการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
อาการแสดงผล Lab/Chest X-Ray ที่ผิดปกติ และการรักษา (ต่อ)	<p>perihilar infiltration, EKG พบ Tachycardia</p> <p>-ดูแลให้ O_๒ cannula ๓ LPM, Keep O_๒ sat > ๙๒%, ดูแลพ่นยา Berodual(๒:๒) ๑ Nebule NB stat x II ท่างกัน ๑๕ นาที, ดูแลให้ Dexamethasone ๕ mg q ๖ hr</p> <p>-ค่า Na ๑๒๖ mmol/dL, ดูแลให้ ๐.๙%NSS ๖๐ ml/hr</p> <p>-CBC ผิดปกติคือค่า WBC ๑,๑๕๐๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๑๖%, Neutrophil ๗๗%, Hct ๓๓%, Hb ๑๐.๔ mg/dL, MCHC ๓๑.๘ g/dL</p> <p>-ยาที่ใช้กับผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้แก่ Seretide ๒ puff พ่น bid, Ceftriaxone ๒ gms vein OD, Roxithromycin ๑x๒ oral pc x ๕ days, Amlodipine ๑x๑ oral pc, Simvastatin ๑x๑ oral hs, Theodur ๑x๒ oral pc, Bromhexine ๑x๓ oral pc, Paracetamol ๑ tab oral prn q ๔-๖ hr</p> <p>-หลังให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยตลอดทั้งคืน Temp ๓๖.๙-๓๗.๗°C, P ๙๖-๑๐๒ bpm, R ๒๘-๓๒ bpm, BP ๑๑๘/๗๐-๑๓๒/๘๐ mmHg, O_๒ sat ๙๕%, กลับพักผ่อนได้, I/O เข้า ๑,๒๐๐ ml ออก ๑,๐๐๐ ml ๑๐ เมษายน ๖๔</p> <p>-ติดตามค่า Na ๑๓๙ mmol/dL</p> <p>-พ่นยา Berodualและให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง</p> <p>-ตลอดทั้งวัน Temp ๓๖.๙-๓๗.๕°C, P ๘๘-๙๐ bpm, R ๒๔-๒๘ bpm, BP ๑๒๒/๗๘-๑๓๖/๘๒ mmHg, O_๒ sat ๙๔-๙๖%, รับประทานอาหารได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๑,๙๕๐/๑,๗๐๐ ml</p>	<p>infiltration, EKG พบ Atrial fibrillation (AF) with Tachycardia</p> <p>-ดูแลให้ O_๒ cannula ๓ LPM, Keep O_๒ sat > ๙๒%, ดูแลให้ Amiodarone ๑๕๐ mg+๕%D/W ๑๐๐ ml vein ๓๐ ml then Amiodarone ๑๐๐ mg+๕%D/W ๑๐๐ ml vein in ๒๔ hr, If BP>๙๐/๖๐ mmHg, HR<๙๐ bpm off Amiodarone, ดูแลพ่นยา Berodual(๒:๒) ๑ Nebule NB stat x II ท่างกัน ๑๕ นาที, ดูแลให้ Dexamethasone ๕ mg q ๖ hr, ดูแลให้ ๐.๙%NSS KVO</p> <p>-ค่า K ๒.๙ mmol/L, ดูแลให้ E.KCL ๓๐ ml oral x II ท่างกัน ๓ ชั่วโมง</p> <p>-ผล CBC ผิดปกติ คือค่า Lymphocyte๑๖%</p> <p>-หลังให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยอาการดีขึ้น โดยตลอดทั้งวัน Temp ๓๖.๗-๓๖.๙°C, P ๑๐๐-๑๑๒ bpm, R ๒๖-๒๘ bpm, BP ๑๓๐/๗๐-๑๓๕/๘๓ mmHg, O_๒ sat ๙๖%, รับประทานอาหารได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/Oเข้า ๒,๒๘๐/๒,๑๐๐ ml</p> <p>-ยาที่ใช้กับผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้แก่ Seretide ๒ puff พ่น bid, Ceftriaxone ๒ gms vein OD, Azithromycin ๒x๑ oral pc x ๕ days, Amlodipine ๑x๑ oral pc, Enalapril ๑x๑ oral pc, Bromhexine ๑x๓ oral pc, warfarin ๑ x hsจันทร-เสาร์, warfarin ๒ x hs อาทิตย์</p> <p>๒๑ มิถุนายน ๖๔</p> <p>-BP ๑๔๘/๑๐๔ mmHg, ดูแลให้ Captopril ๑ tab oral stat, หลังให้ ๑ ชั่วโมง BP ๑๓๖/๙๒ mmHg</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

อาการแสดงผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติและการรักษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
อาการแสดงผล Lab/Chest X-Ray ที่ผิดปกติ และการรักษา (ต่อ)	<p>๑๑ เมษายน ๖๔</p> <p>-พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง, แพทย์ให้ Off</p> <p>O₂ cannula, Off ๐.๙%NSS</p> <p>-ตลอดทั้งวัน Temp ๓๖.๖-๓๗.๑°C, P ๘๐-๘๘bpm, R ๒๔-๒๖ bpm, BP ๑๓๐/๘๒-๑๔๒/๘๖mmHg, O₂ sat ๙๖-๙๗%, รับประทานอาหาร หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ, I/O เข้า ๑,๘๖๐/๑,๖๙๐ ml</p> <p>๑๒ เมษายน ๖๔</p> <p>-D/C Today, Continuous Roxithromycin ๑x๒ oral pc ให้ครบ ๕ days, Seretide ๒ puff พ่น bid, Amlodipine ๑x๑ oral pc, Bromhexine ๑x๓ oral pc,</p> <p>-F/U ๑ week with CBC</p>	<p>-ติดตามค่า K พบว่า K ๔.๒ mmol/L</p> <p>-พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง, แพทย์ให้ Off O₂ cannula, off ๐.๙% NSS</p> <p>-ตลอดทั้งวัน Temp ๓๖.๗-๓๗.๑°C, P ๘๐-๘๘ bpm, R ๒๔-๒๖ bpm, BP ๑๒๒/๗๐-๑๓๕/๙๐ mmHg, O₂ sat ๙๕-๙๗%, แพทย์ให้ Off Amiodarone รับประทานอาหาร หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ, I/O เข้า ๒,๓๒๐/๒,๑๒๐ ml</p> <p>๒๒ มิถุนายน ๖๔</p> <p>-พ่นยา Berodual และให้ Dexamethasone ต่อเนื่อง</p> <p>-ตลอดทั้งวัน Temp ๓๖.๖-๓๗.๐°C, P ๗๘-๘๖bpm, R ๒๒-๒๔ bpm, BP ๑๒๘/๗๒-๑๓๕/๙๐ mmHg, O₂ sat ๙๕-๙๗%, หลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O เข้า ๒,๐๓๐/๑,๙๔๐ ml</p> <p>๒๓ มิถุนายน ๖๔</p> <p>-D/C today, Continuous Azithromycin ๒x๑ oral pc ให้ครบ ๕ days, Seretide ๒ puff พ่น bid, Amlodipine ๑x๑ oral pc, Enalapril ๑x๑ oral pc, Bromhexine ๑x๓ oral pc, warfarin ๑ x hs จันทร-เสาร์, warfarin ๒ x hs อาทิตย์</p> <p>-F/U ๑ week with CBC</p>

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration ดูแลให้ O₂cannula ดูแลพ่นยา Berodual x II ท่างกัน ๑๕ นาที ดูแลให้ Dexamethasone vein พ่นยาต่อเนื่อง Seretide ยาละลายเสมหะ Bromhexine ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone vein รายที่ ๑ EKG พบ Tachycardia และ BP สูง ดูแลให้ยา Amlodipine และ Simvastatin oral ดูแลให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน Roxithromycin มีไข้สูง ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol มีระดับ Na ต่ำ ดูแลให้ ๐.๙%NSS รายที่ ๒ EKG พบ Atrial fibrillation (AF) with Tachycardia ดูแลให้ Amlodipine ๑x๑ oral pc, Enalapril ๑x๑ oral pc, warfarin มี BP สูง ดูแลให้ Captopril ดูแลให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน Azithromycin มีระดับ K ต่ำ ดูแลให้ E.KCl oral และผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มี I/O balance รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ อาการดีขึ้นตามลำดับ ได้รับยากลับบ้านเป็นยาปฏิชีวนะรับประทานต่อเนื่อง ยาลดความดันโลหิต และยาขยายหลอดลม เหมือนกัน โดยรายที่ ๑ รับยาด้านเกล็ดเลือดรักษา AF กลับบ้าน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ๓ วันเท่ากัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาล

ระยะแรกเริ่ม

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>การวินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ OD: RR ๔๐ bpm, สมรรถภาพปอด Severe obstruction, หอบ เหนื่อย Lung มีCrepitation with Wheezing Obj:เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์:RR ๑๖-๒๐ bpm ไม่เหนื่อย หอบ lung clear, O๒sat >๙๒% การพยาบาล ๑. ดูแลให้ O๒Cannula ๓ LPM, Keep O๒sat >๙๒% ๒. ดูแลให้ยาพ่น Berodual (๒:๒) จำนวน ๑ Nebule NB stat x II ห่างกัน ๑๕ นาทีและยา Seretide ๒ puff พ่น bid ๓. ดูแลให้ Dexamethasone vein ๔. ดูแลให้ยาขยายหลอดลม Theodur ๕. ดูแลให้ยาละลายเสมหะ Bromhexine ๖. จัดผู้ป่วยนอนศีรษะสูง๓๐-๔๕ องศา ๗. ประเมิน V/S, O๒sat และอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ๘. สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ ๙. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ออกแรงหรือพูดโดยไม่จำเป็น ๑๐. สอนและแนะนำวิธีใช้ยาขยายหลอดลม Seretide ที่มีประสิทธิภาพ ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน R ๒๘-๓๒ bpm, O๒sat ๙๕% เสียง Crepitation with Wheezing ลดลง</p>	<p>การวินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ OD:รายที่ ๒ RR ๓๒ bpm, หอบ เหนื่อย Lung มี Crepitation with Wheezing Obj:เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน เกณฑ์:RR ๑๖-๒๐ bpm ไม่เหนื่อย หอบ lung clear การพยาบาล ๑. ดูแลให้ O๒Cannula ๓ LPM, Keep O๒sat >๙๒% ๒. ดูแลให้ยาพ่น Berodual (๒:๒) จำนวน ๑ Nebule NB stat x II ห่างกัน ๑๕ นาที และยา Seretide ๒ puff พ่น bid ๓. ดูแลให้ Dexamethasone vein ๔. ดูแลให้ยาละลายเสมหะ Bromhexine ๕. จัดผู้ป่วยนอนศีรษะสูง๓๐-๔๕ องศา ๖. ประเมิน V/S, O๒sat และอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ๗. สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ ๘. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้ออกแรงหรือพูดโดยไม่จำเป็น ๙. สอนและแนะนำวิธีใช้ยาขยายหลอดลม Seretideที่มีประสิทธิภาพ ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน RR ๒๖-๒๘ bpm, O๒sat ๙๖%เสียง Crepitation with Wheezing ลดลง</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาล (ต่อ)

ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะติดเชื้อที่ปอด OD:ค่า CBC ที่ผิดปกติคือWBC ๑,๑๕๐๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๑๖%, Neutrophil ๗๗%,Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration Obj:เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ เกณฑ์:WBC ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๒๕-๔๕%, Neutrophil ๔๐-๗๐%,Chest X-ray normal การพยาบาล ๑. ดูแลให้ยา Ceftriaxone ๒gms vein OD, Roxithromycin ๑x๒ oral pc x ๕ days ๒. สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค ๓. ประเมินV/S โดยเฉพาะ Temp. ๔. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะ ๕. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย ๖. ติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อนทุกระบบ ๗. ติดตามผล Chest X-ray และ CBC ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ Chest X-ray พบ Improve Pneumonia w,</p>	<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะติดเชื้อที่ปอด OD:ค่า CBC ที่ผิดปกติคือLymphocyte๑๖%, Chest X-ray พบ Both lung perihilar infiltration Obj:เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ เกณฑ์:Lymphocyte ๒๕-๔๕%, Chest X-ray normal การพยาบาล ๑. ดูแลให้ยา Ceftriaxone ๒gms vein OD, Azithromycin ๒x๑ oral pc x ๕ days ๒. สอนและแนะนำการไอที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค ๓. ประเมินV/S โดยเฉพาะ Temp. ๔. แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะ ๕. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วย ๕. ติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อนทุกระบบ ๖. ติดตามผล Chest X-ray และ CBC ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ Chest X-ray พบ Improve Pneumonia</p>
<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ ไม่สบายเนื่องจากไข้สูง OD:Temp ๓๘.๗°C, EKG พบ Tachycardia Obj:เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้น เกณฑ์:ผู้ป่วยมีไข้ลดลง สบายขึ้น Temp ๓๖.๙-๓๗.๗°C, P ๙๖-๑๐๒ bpm การพยาบาล ๑. ดูแลให้ยา Paracetamol (๕๐๐) ๑ tab prn q ๔-๖hr ๒. เช็ดตัวลดไข้ ใช้เวลา ประมาณ ๑๕ นาที ๓. แนะนำวิธีการเช็ดตัวลดไข้ให้แก่ญาติ</p>	<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องหัวใจเต้นผิดจังหวะ OD:EKG พบ AF with Tachycardia Obj:เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะหัวใจล้มเหลว เกณฑ์:ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ CHF, HR ลดลง และ EKG ไม่พบ AF การพยาบาล ๑. ดูแลให้ O๒Cannula ๓ LPM ๒. ดูแลให้ยาAmiodaronevein drip เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาล (ต่อ)

ระยะแรกเริ่ม (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>๔. ประเมิน V/S ทุก ๔ ชม. โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย และชีพจร</p> <p>๕. จัดสิ่งแวดล้อมให้เรียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก งดการใช้พลังงานและการเผาผลาญ อันจะส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น</p> <p>ประเมินผล: ผู้ป่วยมีไข้ลดลง สุขสบายขึ้น Temp ๓๖.๙-๓๗.๗°C, P ๙๖-๑๐๒ bpm</p>	<p>๓. ดูแลให้ยา Warfarin เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>๔. สังเกตอาการ CHF ได้แก่ แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ และปัสสาวะออกน้อย</p> <p>๕. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการใช้ออกซิเจน</p> <p>๖. จำกัดน้ำดื่มและบันทึกสารน้ำเข้าออก</p> <p>ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ CHF, HR ลดลง และ EKG ไม่พบ AF</p>

ระยะต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง</p> <p>OD: BP สูง โดยไม่มีประวัติ ช่วงของ BP ๑๓๖/๘๒-๑๕๒/๘๙ mmHg</p> <p>Obj:ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง</p> <p>เกณฑ์: ไม่มีอาการเลือดออกในสมอง ไม่มีอาการหัวใจขาดเลือด ระดับ BP ๙๐/๖๐-๑๒๐/๘๐ mmHg</p> <p>การพยาบาล</p> <p>๑. ดูแลให้ยา Amlodipine ๑x๑ oral pc และ Simvastatin ๑x๑ oral hs พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ไอ คอแห้ง ใจสั่น</p> <p>๒. ประเมิน V/S โดยเฉพาะ BP</p> <p>๓. ให้ผู้ป่วย Bed rest ระบายน้อยที่สุด</p> <p>๔. ควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม</p> <p>๕. บันทึกและติดตาม I/O</p> <p>ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการเลือดออกในสมอง ไม่มีอาการหัวใจขาดเลือด ระดับ BP ๑๒๒/๗๘-๑๓๖/๘๒ mmHg</p>	<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง</p> <p>OD: มีประวัติเป็น HT ช่วงของ BP ๑๓๕/๘๓-๑๔๘/๑๐๔ mmHg</p> <p>Obj:ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง</p> <p>เกณฑ์: ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง</p> <p>เกณฑ์: ไม่มีอาการเลือดออกในสมอง ไม่มีอาการหัวใจขาดเลือด ระดับ BP ๙๐/๖๐-๑๒๐/๘๐ mmHg</p> <p>การพยาบาล</p> <p>๑. ดูแลให้ยา Captopril ๑ tab oral stat</p> <p>๒. ดูแลให้ยา Amlodipine ๑x๑ oral pc, Enalapril ๑x๑ oral pc พร้อมกับสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น ไอ คอแห้ง ใจสั่น</p> <p>๓. ประเมิน V/S โดยเฉพาะ BP</p> <p>๔. ให้ผู้ป่วย Bed rest ระบายน้อยที่สุด</p> <p>๕. ควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม</p> <p>๖. บันทึกและติดตาม I/O</p> <p>ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการเลือดออกในสมอง ไม่มีอาการหัวใจขาดเลือด ระดับ BP ๑๒๒/๗๐-๑๓๕/๙๐ mmHg</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะ Hyponatremia OD: Na ๑๒๙ mmol/L Obj: เพื่อคงความสมดุลของ Na เกณฑ์: Na ๑๓๕-๑๔๕ mmol/L, ไม่มีปากแห้งคอแห้ง กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า การพยาบาล ๑. ดูแลให้ ๐.๙%NSS vein drip ๖๐ ml/hr ๒. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากกินอาหาร ๓. ประเมินภาวะ Hyponatremia ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า ๔. บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ๕. ติดตามผลการตรวจเลือดหา Sodium ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyponatremia ค่า Na ๑๓๙ mmol/L ในวันต่อมา</p>	<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะ Hypokalemia OD: K ๒.๘ mmol/L Obj: เพื่อคงความสมดุลของ K เกณฑ์: K ๓.๕-๕.๕ mmol/L ไม่มีหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเกร็งตะคิว และท้องอืด/ท้องผูก การพยาบาล ๑. ดูแลให้ E.KCL ๓๐ ml oral x II q ๓hr ๒. ประเมินอาการ Hypokalemia ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเกร็งตะคิวและท้องอืด/ท้องผูก ๓. ดูแลให้ ๐.๙%NSS KVO เพื่อตั้ง K กลับ ๔. บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ๕. ติดตามผลการตรวจเลือดหา Potassium ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia ค่า K ๔.๒ mmol/L ในวันต่อมา</p>
<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย SD: ญาติถามว่า “คุณตาจะเป็นอันตรายไหม” OD: สีหน้าวิตกกังวล Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล การพยาบาล ๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับ พยาธิสภาพของโรคและสาเหตุที่เข้ารับการรักษา ๒. อธิบายแนวทางการรักษาพยาบาล ๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเมื่อคับข้องใจ และตอบคำถามอย่างเป็นมิตร ๔. ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีการร้องขอ ประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายวิตกกังวลและเข้าใน ขั้นตอนการรักษา</p>	<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ ผู้ป่วยและญาติมีภาวะวิตกกังวล เนื่องจากการเจ็บป่วย SD: ญาติถามว่า “คุณตาจะหายเป็นปกติไหม” OD: สีหน้าวิตกกังวล Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล การพยาบาล ๑. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับ พยาธิสภาพของโรคและสาเหตุที่เข้ารับการรักษา ๒. อธิบายแนวทางการรักษาพยาบาล ๓. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามเมื่อคับข้องใจ และตอบคำถามอย่างเป็นมิตร ๔. ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีการร้องขอ ประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายวิตกกังวลและเข้าใน ขั้นตอนการรักษา</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มีภาวะทุพโภชนาการ</p> <p>OD: BMI ๑๗.๗๗ kg/m², Hct ๓๓%, Hb ๑๐.๔ mg/dL, MCHC ๓๑.๘ g/dL</p> <p>Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์: น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ kg ก่อนจำหน่าย</p> <p>๑. อธิบายข้อมูลพยาธิสภาพของโรคต่อภาวะทุพโภชนาการ</p> <p>๒. อธิบายผลดีของการรับประทานอาหารขณะเจ็บป่วย</p> <p>๓. แนะนำให้ทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร</p> <p>๔. จัดอาหารให้ผู้ป่วยโดยเน้นโปรตีนและธาตุเหล็กเพื่อเสริมสร้างการสร้าง RBC</p> <p>๕. ชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินน้ำหนักและคำนวณ BMI</p> <p>ประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้พอควร น้ำหนักก่อนจำหน่าย ลดลงเหลือ ๓๙ kg ซึ่งเน้นให้คำแนะนำในการเพิ่มน้ำหนักก่อนจำหน่าย</p>	<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มีโอกาสเกิดภาวะพร่องสารน้ำ สารอาหาร</p> <p>OD: การหายใจหอบและตืดเชื้อ ทำให้เกิดการสลายพลังงานมากขึ้น</p> <p>Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ</p> <p>เกณฑ์: น้ำหนักต้องไม่ลดลงหรือเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้ตามปกติ</p> <p>๑. อธิบายข้อมูลพยาธิสภาพของโรคต่อการขาดสารน้ำ สารอาหาร</p> <p>๒. อธิบายผลดีของการรับประทานอาหารขณะเจ็บป่วย</p> <p>๓. แนะนำให้ทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร</p> <p>๔. จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบมาให้รับประทาน และไม่เป็นอาหารรสเค็ม</p> <p>๕. ชั่งน้ำหนักทุกวัน เพื่อประเมินว่าน้ำหนักขึ้นจากสาเหตุโรค CHF หรือเพิ่มปกติ</p> <p>ประเมินผล: ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้พอควร น้ำหนักก่อนจำหน่าย ลดลงเหลือ ๓๔ kg ซึ่งเน้นให้คำแนะนำให้รักษาน้ำหนักให้คงที่ก่อนจำหน่าย</p>

ระยะก่อนจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (ทั้ง ๒ ราย)</p> <p>SD: สอบถามว่า “ต้องทำอะไรบ้าง จึงจะไม่มีอาการแบบนี้อีก”</p> <p>DD: สีหน้าวิตกกังวล</p> <p>การพยาบาล</p> <p>ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้หลัก DMETHOD ได้แก่</p> <p>D: คือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค COPD with AE โดยเฉพาะรายที่ ๒ ที่มีภาวะ AF ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรค COPD คือ ภาวะหลอดเลือดแดงปอดสูง (PA Hypertension) หัวใจวายซีกขวา (Right-sided heart failure) เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ AE อันจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้น</p>	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาล (ต่อ)

ระยะก่อนจำหน่าย(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
<p>M:แนะนำการใช้ยา โดยรายที่ ๑ Continuous Roxithromycin ๑x๒ oral pc ให้ครบ ๕ วัน Seretide๒ puff พ่น bid, Amlodipine ๑x๑ oral pc, Bromhexine ๑x๓ oral pc รายที่ ๒ Continuous Azithromycin๑x๑ oral pc ให้ครบ ๕ วัน Seretide ๒ puff พ่น bid, Amlodipine ๑x๑ oral pc, Enalapril ๑x๑ oral pc, Bromhexine ๑x๓ oral pc, warfarin ๑ x hrsจันท์-เสาร์, warfarin ๒ x hsอาทิตย์ โดยให้ผู้ป่วยทั้ง ๒ รับประทานยาและพ่นยาอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ AE อันจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>E:แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมโรค COPD ทั้งฝุ่นละอองและสัตว์เลี้ยงที่มีขน และความสะอาดและถูกสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุในสูงอายุ</p> <p>T:แนะนำการดูแลเบื้องต้น เช่น การพ่นยาและการดูแลตนเองขณะมีอาการหอบการไอเพื่อขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ การเช็ดตัวลดไข้ การรับประทานยาลดไข้</p> <p>H:การส่งเสริมสุขภาพ เช่นหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อาการCOPDกำเริบ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพของปอดทำจิตใจและอารมณ์ให้ผ่อนคลาย ทำจิตใจให้เบิกบาน ทำงานอดิเรกนั่งสมาธิฟังเพลง เพื่อลดภาวะเครียด รวมถึงการงดดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด</p> <p>O:การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามภาวะติดเชื้อที่ปอด และไปรับยาตามนัดที่คลินิก COPD และแนะนำหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการเรียกรถ ๑๖๖๙ ถ้าเกิดฉุกเฉิน</p> <p>D:แนะนำอาหารครบ ๕ หมู่ สำหรับผู้ป่วย HT โดยเน้นการลดอาหาร หวาน มัน เค็ม แต่เน้นการเพิ่มพลังงานจากโปรตีนเนื้อปลาและโปรตีนตระกูลถั่ว การดื่มน้ำวันละ ๒-๓ ลิตร เพื่อขับเสมหะ งดชา การแพ้น้ำหวาน น้ำอัดลม เน้นการรับประทานผักและผลไม้ทุกชนิด</p> <p>ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและรับรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ซ้ำบ่อยๆ นั้นอาจส่งผลให้เกิด PA Hypertension และ Right-sided heart failure ได้เร็ว และรับรู้ถึงการดูแลตนเองขณะเป็นโรคความดันโลหิตด้วย</p> <p>วิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ในระยะแรกรับ มีวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ ๑) มีโอกาสเกิดภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจดูแลให้ O๒ Cannulaดูแลให้ยาพ่นขยายหลอดลมBerodualและยา Seretideดูแลให้ยาด้านการอักเสบDexamethasone ยาละลายเสมหะ Bromhexine และสอนและแนะนำการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ๒) มีภาวะติดเชื้อที่ปอด ดูแลให้ยาปฏิชีวนะแบบฉีด Ceftriaxone และยาปฏิชีวนะแบบรับประทาน ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อนผล Chest X-ray และ CBC ส่วนปัญหาข้อที่ ๓ ในระยะนี้ รายที่ ๑ พบว่า ไม่สุขสบายเนื่องจากใช้สูงดูแลให้ยา Paracetamol เช็ดตัวลดไข้พร้อมแนะนำญาติผู้ป่วย ดูแลให้พักผ่อนและลดการใช้พลังงาน ส่วนรายที่ ๒ พบว่า มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเนื่องจากหัวใจเต้นผิดจังหวะดูแลให้ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะAmiodarone ยาด้านเกล็ดเลือดป้องกันหลอดเลือดหัวใจWarfarin สังเกตอาการ</p>	

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและการพยาบาล (ต่อ)

ภาวะหัวใจวาย ได้แก่ แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ และปัสสาวะออกน้อยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดการใช้ออกซิเจนจำกัดน้ำดื่มและบันทึกสารน้ำเข้าออก ระยะต่อเนื่อง ปัญหาที่เหมือนกันคือ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงสุดแลให้ยา Amlodipine รายที่ ๑ เพิ่มการดูแลให้ยา Simvastatin รายที่ ๒ เพิ่มการดูแลให้ยา Captopril และ Enalapril ดูแลผู้ป่วยทั้ง ๒ Bed rest รบกวนน้อยที่สุดควบคุมอาหารหวานมันเค็มและติดตาม I/O ส่วนปัญหาข้อ ๒ มีความแตกต่างโดยผู้ป่วยรายที่ ๑ มีภาวะ Hyponatremia ดูแลให้ ๐.๙%NSS veinดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากอาหารประเมินภาวะ Hyponatremia ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนล้า ติดตาม I/O และระดับ Sodium รายที่ ๒ มีภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ E.KCL ประเมินภาวะ Hypokalemia ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเกร็ง ตะคิว และท้องอืด/ท้องผูก ดูแลให้ ๐.๙%NSS เพื่อตั้ง K กลับติดตาม I/O และระดับ Potassium และปัญหาข้อที่ ๓ รายที่ ๑ มีภาวะทุพโภชนาการ และรายที่ ๒ มีโอกาสเกิดภาวะพร่องสารน้ำ สารอาหาร การพยาบาลเหมือนกันคืออธิบายข้อมูลพยาธิสภาพของโรคต่อภาวะทุพโภชนาการอธิบายผลดีของการรับประทานอาหารขณะเจ็บป่วย การทำความสะอาดปากและฟันเน้นโปรตีนซึ่งน้ำหนักทุกวันเพื่อประเมินน้ำหนักระยะก่อนจำหน่าย วางแผนการจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในระยะโรคสงบและป้องกันการเกิด COPD กำชับซ้ำ ด้วยการใช้นวัตกรรม DMETHOD โดยเน้นการฟื้นฟูสภาพปอด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การรับประทานยาและการพ่นยาตามแผนการรักษา

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันที่หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำซุ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖

ข้อมูล	ค่าเป้าหมาย	ปี		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	-	๒,๒๐๐	๒,๐๔๓	๒,๗๕๓
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค COPD with AE(คน)	-	๙๑	๙๓	๑๒๗
จำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาซ้ำ (ครั้ง)	-	๔๑๙	๓๑๕	๕๐๗
จำนวนผู้ป่วยวินิจฉัยโรคCOPD with AE มีภาวะติดเชื้ระบบหายใจส่วนล่างร่วมด้วย (คน)	-	๘๖	๗๙	๑๑๒
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการให้บริการ (ร้อยละ)	๙๐	๙๑	๙๒	๙๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอาการกำเริบจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำซุ่นทุกราย ได้รับการรักษาและให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่ายอย่างถูกต้องรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันไปถึงความพิการและการเสียชีวิต โดยมีการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ ด้วยกระบวนการพยาบาล (Nursing process) บูรณาการกับทฤษฎี Orem's theory และแนวคิด Holistic care อีกทั้งได้รับการสอน แนะนำและอธิบายเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดให้ทำขณะนอนโรงพยาบาลและสามารถกลับไปปฏิบัติต่อที่บ้านได้ จนทำให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบทั้ง ๓ ปี

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย เพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

๖.๑.๒ เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการ เพื่อนำความรู้สู่พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย

๖.๑.๓ จัดทำเป็นมาตรฐานการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๑.๔ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่มาฝึกอบรมดูงาน และนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๑.๕ เป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๒ ผลกระทบ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้ไม่พบผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน และระบบการพยาบาลของโรงพยาบาลแต่ผลของการศึกษาพบว่าเกิดประโยชน์ในการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ทั้ง ๒ ราย พบประเด็นความยุ่งยากจากการให้การพยาบาล ได้แก่

๗.๑ การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และที่สำคัญคือความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตามแผนการรักษา พยาบาลต้องมีความเข้าใจถึงการพยาบาลผู้ป่วย COPD ระยะฉับพลันหรือกำเริบว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยต้องให้ออกซิเจนตามความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน เช่น O₂cannula และพ่นยาขยายหลอดลม พร้อมทั้งต้องประเมินเสียงผิดปกติของลมผ่านปอดเพื่อประเมินการขยายหลอดลม ร่วมกับการฉีดยา Dexamethasone เพื่อลดบวมของหลอดลมเพื่อทำทางเดินหายใจให้โล่งซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

๗.๒ การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดการกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งนี้ พยาบาลจะต้องสามารถให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องรวดเร็วเพื่อลด Toxin ของเชื้อแบคทีเรียในร่างกายที่กระตุ้นการสร้างเยื่อเมือกให้อุดตันทางเดินหายใจ

๗.๓ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรค COPD ซึ่งมักเกิดภาวะแทรกซ้อนกับระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนคือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะความดันโลหิตสูง พยาบาลจะต้องสามารถให้การพยาบาลโดยดูแลให้การรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้องและทันที่ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิตผู้ป่วย

๗.๔ การบริหารยาพ่นแบบ MDI พยาบาลจะต้องสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการพ่นยาที่มีประสิทธิภาพโดยการสอนสาธิตวิธีการพ่นที่ถูกต้อง รวมถึงวิธีการพ่นยาแบบ Nebulizer ให้เกิดประสิทธิภาพเพื่อให้ละอองฝอยมีขนาดที่จะเข้าสู่ทางเดินหายใจ จนถึงหลอดลมเล็กและหลอดลมฝอย ซึ่งยาจะไปจับกับ Beta-๒ adreno receptor ในกล้ามเนื้อหลอดลม ทำให้หลอดลมคลายตัว และส่งผลให้หลอดลมขยายและขับเสมหะเมื่อหายใจเข้า

๗.๕ การวางแผนการจำหน่ายโดยเน้นการฟื้นฟูสภาพปอด และการดูแลตนเองเพื่อให้โรคสงบ พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำและสอนสาธิตให้แก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยสามารถทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพปอดได้หลายวิธี ได้แก่ การจัดท่าเพื่อระบายเสมหะ การฝึกการหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อย การออกกำลังกาย การบริหารร่างกายทั่วไป การบริหารเฉพาะส่วน การทำโยคะ กายภาพบำบัดทรวงอก เช่น เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้กิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของปอด ได้รักษาตนเองให้โรคอยู่ในระยะสงบที่บ้านได้ตลอดไป

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการทั้งในด้านแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านบุคลากร ด้านครุภัณฑ์ และด้านผู้บริหาร ส่วนด้านผู้ป่วยหรือญาติไม่มีข้อร้องเรียนและไม่เกิดความเสียหายใดๆ ในการรักษาพยาบาล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร

๙.๑.๑ วางแผนและเรียงลำดับการส่งพยาบาลประจำการเข้าอบรมการพยาบาล นอกสถานที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน

๙.๑.๒ วางแผนจัดอบรมหรือประชุมเชิงปฏิบัติการภายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันทั้งในระยะแรกกับระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๙.๒ ด้านบริการ

๙.๒.๑ ให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน และได้รับออกซิเจนชนิด Cannula

๙.๒.๒ ให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อระบบหายใจ และป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน

๙.๒.๓ ให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF)

๙.๒.๔ ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยากลุ่มลดความดัน

๙.๒.๕ ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ (จิตใจ) และจิตวิญญาณ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ(ต่อ)

๙.๒ ด้านบริการ(ต่อ)

๙.๒.๖ ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามทฤษฎีOrem's theory

๙.๒.๗ ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายโดยใช้แนวคิด DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน

๙.๓ ด้านวิชาการ

๙.๓.๑ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการพ่นยาแบบ MDI

๙.๓.๒ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๙.๓.๓ พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและปฏิบัติตัวที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่องบ้านเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

๙.๓.๔ พัฒนาแนวปฏิบัติการการบริหารยากลุ่มลดความดันโลหิต

๙.๓.๕ สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิดต่างๆ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงาน แบบเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ รายเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ รายนำเสนอผลงานแบบ oral presentation ในการประชุมวิชาการ เรื่องความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพทางการพยาบาลในยุค BAN1 รุ่นที่ ๓ ประจำปี ๒๕๖๖ วันอาทิตย์ที่ ๒๔ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรุ่งงามดี เอี่ยมสะอาด สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....^{รุ่งงามดี}

(นางสาวรุ่งงามดี เอี่ยมสะอาด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 12 / ๑๒ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน(ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรุ่งงามดี เอี่ยมสะอาด	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายสุทัศน์ วิลาลัย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) 12 / ม.ค. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายจิรายุ สุวรรณศรี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำขุ่น

(วันที่) 12 / ม.ค. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหอผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลน้ำขุ่น

๒. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความผิดปกติของหลอดลมในเนื้อปอด ทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตัน เกิดการอุดกั้นในปอดและจะเป็นเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยพร่องออกซิเจน ความผิดปกตินี้จะไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ แต่การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไปและเลวลงในที่สุด อุบัติการณ์มีอัตราตายเป็นอันดับ ๔ รองลงมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน และมีอัตราตายเพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๑,๔๒๑ ราย, ๑,๕๗๙ ราย และ ๑,๖๑๙ ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบหรือกำเริบ (COPD with Acute exacerbation) จะมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบมากขึ้น เสมหะมีปริมาณเพิ่มขึ้น และอาจมีเสมหะเปลี่ยนสี สาเหตุของโรค COPD มากกว่า ๙๐% มาจากการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาติดต่อกันนาน ส่วนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด COPD ได้แก่ ๑) สารพันธุกรรม (gene) ขาดสาร Alpha-๑ antitrypsin (Severe hereditary deficiency of alpha-๑ antitrypsin) ซึ่งเป็น Inhibitor ของ serine proteases ที่อยู่ในกระแสเลือด ทำให้เร่งการเกิด COPD ก่อนวัยอันควร ถึงแม้ว่าจะไม่ได้สูบบุหรี่ก็ตาม ๒) เพศชายจะเป็น COPD มากกว่าเพศหญิง ๓) ฝุ่นละอองและสารเคมี (Air pollution) จากการประกอบอาชีพ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากเป็น COPD with Acute exacerbation ซึ่งเกิดจาก COPD ถูกกระตุ้นด้วยฝุ่นละออง ฝุ่นควัน สารเคมี หรือควันบุหรี่ ติดเชื้อ และอากาศชื้น การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะโรคสงบจะช่วยลดอาการกำเริบของโรคได้เป็นอย่างดี ซึ่งเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเข้ารับการรักษาและมีอาการดีขึ้นพยาบาลจะต้องสามารถสอน แนะนำ และอธิบายให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตัวต่อที่บ้านได้ เพื่อช่วยให้ปอดของผู้ป่วยแข็งแรงซึ่งจะส่งผลในการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ กิจกรรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเหล่านี้มีหลายวิธี ได้แก่ การจัดทำเพื่อระบายเสมหะ การฝึกการหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อย การออกกำลังกาย การบริหารร่างกายทั่วไป การบริหารเฉพาะส่วน ภายนอกบำบัดทรวงอก เช่น เทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของปอดได้ ซึ่งการสอน แนะนำ และอธิบายต้องทำพร้อมกับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้

หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำขุ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยแบบต่อเนื่องและเป็นองค์รวมอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะกำเริบเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งเมื่อได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับภาวะพร่องออกซิเจนดีขึ้นในวันที่ ๒ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลเฉพาะโรคเพื่อส่งเสริมให้การรักษาได้ผลเร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพ โดยมีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพให้ดียิ่งขึ้น ด้วยการสอน แนะนำ และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด โดยใช้กิจกรรมบางกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลสามารถจดจำและปฏิบัติตาม แม้จะจำหน่ายกลับบ้านไปก็ยังสามารถปฏิบัติได้ ที่เรียกว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้หน่วยงานมีแนวทางกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร และให้มีการปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสภาพปอดแข็งแรงขึ้น และยังเป็นการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้นผู้เสนอข้อเสนอแนวคิดในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยใน มีความตระหนักในการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน จึงต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอด สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำซุ่น ชั่น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการให้คำแนะนำและสอนสาธิตให้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ที่เป็นแนวทางเดียวกันทุกคน ซึ่งจะส่งผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยสามารถฝึกสมรรถภาพปอดที่บ้านได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้มีผลงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร อันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำซุ่น มีเตียงรับผู้ป่วย จำนวน ๓๐ เตียง รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกโรคทั้งอายุกรรมและศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อน จำนวน ๒,๒๐๐, ๒,๐๔๓ และ ๒,๗๕๓ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย COPD with AE จำนวน ๙๑, ๙๓ และ ๑๒๗ ราย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นครั้ง จำนวน ๔๑๙, ๓๑๕ และ ๕๐๗ ครั้ง ตามลำดับ จากสถิติพบว่าจำนวนผู้ป่วย COPD with Acute exacerbation และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำมีจำนวนเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรค COPD with Acute exacerbation เพิ่มขึ้น ทำให้พยาบาลที่ดูแลตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบโดยผู้ป่วยร้อยละ ๙๐.๒๑ ของผู้ป่วยที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน ๑ เดือน มีภาวะแทรกซ้อนมาจากการติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้อาการกำเริบ โดยการติดเชื้อนี้ มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความตระหนักและขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อที่ปอดและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามในการฟื้นฟูสภาพปอดอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง และพยาบาลปฏิบัติงานมีการะงวนมากส่งผลให้ไม่สามารถสอน แนะนำและสาธิตวิธีฟื้นฟูและการไอที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ครบทุกคน จึงต้องพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการฟื้นฟูสภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของปอด เป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาร่างกายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผลทำให้เพิ่มความแข็งแรงความทนทานของกล้ามเนื้อ มีความทนต่อการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น เป็นการเพิ่มความหวังและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย ลดระยะเวลาของการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงความถี่ของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ และบรรเทาความรู้สึกกลัว วิตกกังวลใจและความซึมเศร้าของผู้ป่วย และที่สำคัญที่สุดคือความผาสุกในชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอันหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้หน่วยงานมีแนวทางเป็นลายลักษณ์อักษร มีการปฏิบัติกิจกรรมการสอน แนะนำและสาธิตแนวทางเดียวกัน ลดอัตราการติดเชื้อที่ปอดและลดอัตราการเข้านอนรักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วย และยังส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้โรคเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอด สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำซุ่น
๒. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติในการให้คำแนะนำและสอนสาธิตให้แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
๓. เพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยอาการ COPD with Acute exacerbation

การดำเนินงาน

เดือนเมษายน-กันยายน ๒๕๖๗

๓.๒ แนวความคิด/ข้อเสนอ

ผู้เสนอผลงานขอเสนอแนวคิด เสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดการเกิดอาการ COPD with Acute exacerbation และการเข้ารับการรักษาซ้ำโดยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำซุ่น โดยใช้แนวคิดการพัฒนาตามขั้นตอนของวงจรคุณภาพเดมมิง (Deming, ๑๙๘๖) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นเตรียม (Plan)

๑. ศึกษาค้นคว้า และทบทวนหนังสือ ตำรา และเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการฟื้นฟูสภาพปอด แล้วทำการวิเคราะห์ ตกผลึก เลือกเฉพาะกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของหอบผู้ป่วย ได้แก่ เทคนิคที่ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการออกกำลังกาย จากนั้นวิเคราะห์กิจกรรมที่เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของหอบผู้ป่วย

๒. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดและแนวทางการปฏิบัติจากหลากหลายแหล่ง ได้แก่ ๑) การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของเดือนใจ แสงดารา ๒) แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ๓) แบบแผนการสอนสำหรับพยาบาล เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติผู้ดูแล ๔) แนวทางการให้การรักษาทักษะกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในส่วนของเทคนิคที่ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง การไออย่างมีประสิทธิภาพ และ การออกกำลังกาย โดยรวบรวมทั้งแนวทางปฏิบัติเดิมของหอบผู้ป่วยมาประมวลและตกผลึกให้เข้ากับบริบทของหอบผู้ป่วยใน ได้แก่

๒.๑ เทคนิคที่ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง เป็นการฝึกการหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อยจะช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศเข้าสู่ปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม ทำให้ซันคาร์บอนไดออกไซด์ดีขึ้น และป้องกันปอดแฟบ การฝึกหายใจ โดยการห่อริมฝีปากขณะหายใจออก (purse lip breathing) เป็นการช่วยให้แรงดันในหลอด ลมลดลงขณะหายใจออก หลอดลมจึงไม่ปิดเร็วทำให้ลมค้างในปอดน้อย (hyperinflation) การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้นได้ ซึ่งควรฝึกบริหารการหายใจทุกวันเช้าและเย็น ครั้งละประมาณ ๑๐-๑๕ นาที ให้เกิดความเคยชิน ซึ่งให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

๒.๒ การไออย่างมีประสิทธิภาพ คือการไออย่างถูกวิธี จะช่วยให้มีการขับเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในทางเดินหายใจออกได้ดีปอดแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี สุขภาพปอดดีขึ้น และลดการหมักหมมเชื้อโรคที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้

๒.๓ การบริหารร่างกายทั่วไป จะช่วยทำให้ร่างกายมีความสมบูรณ์แข็งแรง และปอดทำหน้าที่ในการระบายอากาศได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายประจำวันได้นานขึ้น และทำให้มีอาการเหนื่อยหอบลดลง

๓. นำเสนอแนวพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาล ในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำซุ่น ต่อหอบผู้ป่วยใน ซึ่งค้นคว้าและเรียบเรียงขึ้นโดยผู้เสนอผลงาน ต่อทีมพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อปรับแก้ให้ตรงกับบริบทของหน่วยงานหอบผู้ป่วยในให้มากที่สุด

๔. นำเสนอพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุ่นต่อที่ประชุมประจำเดือนของหอบผู้ป่วยใน เพื่อให้บุคลากรทุกคนรับทราบ และปรับแก้ให้ตรงกับบริบทของหน่วยงานหอบผู้ป่วยในแล้วเสนอหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีการทำกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกันที่หอบผู้ป่วยใน ช่วงเดือนเมษายน-กันยายน ๒๕๖๗

ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นตอนดำเนินการ (Do)

๑. นำเสนอพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุน ต่อทีม PCT เพื่อให้มีการทำกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกัน

๒. พยาบาลวิชาชีพในหอบผู้ป่วยใน ปฏิบัติตามพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุนเป็นแนวทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นตอนประเมินผล (Check) และรายงานผล

๑. ตรวจสอบพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุนเป็นแบบ Check list โดยแบ่งเป็นปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

๒. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการบริการผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ ๔ ขั้นตอนพัฒนานำผลการประเมินไปใช้ (Act)

นำผลที่ได้จากการประเมินผล (Check) ไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุนและแบบฟอร์มการบันทึก ในปีต่อไป

๓.๓ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุน จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในหอบผู้ป่วยใน ไม่อาจอ้างอิงกับหน่วยงานอื่นได้ แต่เป็นการวางแผนแก้ไขปรับปรุงงาน เพื่อให้สามารถใช้ได้เป็นมาตรฐานการพยาบาลตามบริบทในหอบผู้ป่วยในอนาคต ต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุน

๔.๒ ผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพปอด

๔.๓ พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกคนมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหอบผู้ป่วยใน

๔.๔ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อการได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ จำนวนแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำซุน จำนวน ๑ แนวปฏิบัติ

๕.๒ ร้อยละของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพปอดสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ ๑๐๐

๕.๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการสอนและแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพปอดต่อเนืองที่บ้านร้อยละ ๑๐๐

๕.๔ อัตราการ Re-admit ด้วยโรค COPD with Acute exacerbation ลดลง ร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ)..... *สมศรี*

(นางสาวรุ่งงามดี เอี่ยมสะอาด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) *12* / *ม.ค.* / *๒๕๖7*

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 มกราคม 2566 – 1 มิถุนายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction ชื่อย่อ AMI หรือ Acute coronary syndrome ชื่อย่อ ACS) หรือ “Heart Attack” เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลก ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ซึ่งร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมัน ร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง เลือดผ่านได้น้อยลง และหากหลอดเลือดตีบจนอุดตัน ส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เนื้อเยื่อของหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงมีผลทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจจะทำงานผิดปกติเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายไม่สามารถทำงานได้ เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาได้ทันที่ซึ่งลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรงพยาบาลน้ำซุ่น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีนโยบายให้มีการดูแลผู้ป่วยระบบ Fast Track STEMI สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้ อยู่ห่างจากตัวจังหวัด 98 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูง จากสถิติผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ของโรงพยาบาลน้ำซุ่นในปี พ.ศ. 2565-2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 7 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น 33.33%

ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการประเมินคัดกรองที่ถูกต้อง รวดเร็วจะสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันที่ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

อาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อาการเจ็บแน่น รู้สึกเหมือนหัวใจถูกบีบ หรือมีแรงดันจำนวนมากที่บริเวณกลางอกหรือที่อกข้างซ้าย โดยอาการอาจจะเกิดขึ้นไม่กี่นาทีแล้วก็หาย แต่จากนั้นก็อาจจะกลับมาเป็นอีก อาจจะมึนงงไปที่แขนซ้ายหรือร้าวไปที่กราม ร่วมกับมีอาการเหงื่อออก มือเท้าเย็น วิงเวียน จะเป็นลม หดแรง คลื่นไส้อาเจียน หายใจไม่อิ่ม จุกคอหอย จุกใต้ลิ้นปี่ คล้ายโรคกระเพาะ หรือกรดไหลย้อน

บางรายอาจมีอาการหายใจสั้นที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกของตนเอง หรืออาจเกิดขึ้นขณะที่รู้สึกเจ็บและแน่นหน้าอก โดยอาการนี้อาจเกิดขึ้นจากหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไอ หรือหายใจมีเสียง มีอาการเหนื่อยมากผิดปกติโดยไม่มีสาเหตุ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ภาวะ Acute Coronary Syndrome แบ่งใหญ่ๆ เป็น 2 ชนิดดังนี้

1. Non-ST elevation acute coronary syndrome มี 2 ชนิดคือ

1.1 Unstable angina (UA)

1.2 Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI)

ทั้ง 2 ชนิดเป็นกลุ่มที่ ECG ไม่มี ST segment elevation ส่วนจะเป็นภาวะ UA หรือ NSTEMI ขึ้นอยู่กับการตีบของ coronary artery นั้นรุนแรงมากน้อยแค่ไหน โดยพบว่าใน NSTEMIจะมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นผลการตรวจ cardiac marker ในกระแสเลือดจะได้ผลบวก แต่หาก cardiac marker ในกระแสเลือดได้ผลลบก็จะวินิจฉัยเป็น UA

2. ST-elevation acute coronary syndrome ได้แก่ กลุ่มอาการที่แสดงถึงภาวะ ST-elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน โดยจะตรวจพบว่า ECG มี ST segment elevation ร่วมกับ cardiac marker ให้ผลบวก

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและขาดเลือดอย่างกะทันหันและรุนแรง คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ก่อน ร่วมกับ มีคราบไขมันสะสมที่ผนังหลอดเลือด หัวใจ (atherosclerotic plaques) สำหรับปัจจัยที่เหนี่ยวนำที่กระตุ้นให้คราบไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการปริแตกเฉียบพลัน คือ การออกกำลังกายอย่างหนัก การสูบบุหรี่

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิด Acute Coronary Syndrome

กลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (atherosclerosis) แล้วเกิดมีการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (plaque rupture, disruption) เกิดแผลชั้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด (raw surface) เกิดเลือดจะเกาะกลุ่ม (platelet aggregation) อย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด หลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าวหากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วน (partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน เกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) โดยยังไม่มีการตาย ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI)

เพศชายจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าผู้หญิง แต่ก็สามารถเกิดในผู้หญิงได้ด้วยเช่นกัน อายุมากขึ้น จะมีผลทำให้หลอดเลือดเสียความยืดหยุ่นได้เองตามอายุ โดยผู้ที่มีอายุ 45 ปี ขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงประวัติในครอบครัว ผู้ที่มีญาติสายตรง (พ่อ แม่ หรือพี่น้อง) เป็นโรคหัวใจ จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ พฤติกรรมการใช้ชีวิต และการรับประทานอาหารอาจส่งผลให้เกิดความเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

...แต่ความเสี่ยงก็สามารถลดลงได้หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ภาวะคอเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูง การไม่ออกกำลังกาย การกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน โรคเบาหวาน รวมไปถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียดสามารถก่อให้เกิดความเสี่ยงโรคหัวใจ เนื่องจากความเครียดสามารถนำมาสู่พฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คนใกล้ชิดสามารถสังเกตอาการที่เกิดขึ้นได้เบื้องต้น หากมีอาการแน่น หรือเจ็บหน้าอก และหายใจลำบาก โดยเฉพาะคนที่มีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด ควรรีบไปพบแพทย์ทันที เมื่อมาพบแพทย์การซักประวัติเกี่ยวกับอาการ และการรักษาต่างๆ ที่จำเป็นในการวินิจฉัย และอาจมีการถามถึงประวัติครอบครัวว่ามีใครเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ จากนั้นแพทย์จะทำการตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีต่างๆ ได้แก่

1. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography: EKG, ECG)

เป็นการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ดูกระแสไฟฟ้าที่หัวใจผลิตออกมาขณะที่หัวใจหดตัวและคลายตัว โดยจะมีรูปแบบของคลื่นไฟฟ้าที่บ่งชี้ถึงความปกติและความผิดปกติของหัวใจแสดงให้เห็น เป็นการตรวจโรคหัวใจเบื้องต้นที่ง่ายและสะดวก ไม่เจ็บ ให้ผลรวดเร็วภายในเวลา 10 นาที ทำได้โดยวางแผ่นอิเล็กโทรดขนาดเล็กบริเวณหน้าอกเพื่อจับสัญญาณไฟฟ้าที่ออกจากหัวใจ ผลของการตรวจจะบันทึกออกมาในรูปแบบของกระดาษกราฟแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2. การตรวจเลือด หากตรวจพบว่ามีการโปรตีนเจือปนในเลือดมากเท่าใด ก็บ่งบอกว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

3. การตรวจหัวใจด้วยเครื่องเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) แพทย์จะใช้อุปกรณ์ที่คล้ายเครื่องอัลตราซาวด์ตรวจบริเวณหน้าอก และใช้เสียงสะท้อนความถี่สูงเพื่อจำลองภาพ ขนาด และการทำงานของหัวใจ หากมีคลื่นไฟฟ้าที่สม่ำเสมอแสดงว่าหัวใจทำงานปกติ แต่หากมีความผิดปกติของกราฟเกิดขึ้น นั่นอาจหมายถึงการมีพยาธิสภาพบางอย่างในบางบริเวณของหัวใจ ในกรณีของผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะเริ่มต้น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจให้ผลปกติได้ ดังนั้นหากสงสัยว่ามีภาวะนี้ แนะนำให้ตรวจซ้ำอีกครั้ง

4. การตรวจสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test: EST) ใช้ในการตรวจหาความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่ตรวจไม่พบในขณะที่ร่างกายหยุดพักหรือไม่ได้ออกกำลังกายอย่างหนัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Acute Coronary Syndrome

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด ACS แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้และปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้

1.1 กรรมพันธุ์ (heredity) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่อยังอายุน้อยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และหากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดเส้นเลือดหัวใจตีบจะพบรอยโรค บริเวณเส้นเลือดหลัก (left main coronary) โดยมีการเกาะของแคลเซียมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1.2 เพศ (sex) เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าในเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยป้องกันการอักเสบของหลอดเลือด เพิ่มระดับ HDL และลดระดับ LDL

1.3 อายุ (age) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้น ภาวะอารมณ์ที่เครียดมาก หลังมีเพศสัมพันธ์ การอยู่ในสภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นจัด ซึ่งการปรับแตกของคราบไขมันมักเป็นคราบไขมันที่มีขนาดใหญ่และกว้างลึก ทำให้เลือดออกเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ทันที สำหรับกลไกการเกิดปริแตกของ plaque นั้นยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกิดจากการเพิ่มความดันและการไหลของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่แข็งและตีบแคบอยู่แล้ว ร่วมกับมี thrombus และเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากผิดปกติ (hypercoagulable) ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีตามมา

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

2.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับของ LDL และ LDL/HDL สูง รวมทั้งยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วย dyslipidemia จะมีรอยโรคของการตีบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 1 ตำแหน่ง เนื่องจากระดับของไขมันทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ คือ LDL-C, Triglyceride ทั้งนี้ระดับ LDL-C ที่สูงเพียงปัจจัยเดียวก็ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ เนื่องจาก LDL-C เป็นตัวการหลักที่ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด โดย LDL-C เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่หน้าที่ของเยื่อผนังหลอดเลือดผิดปกติ การเกิด plaque ไปจนกระทั่งเกิดการฉีกขาดของ plaque และมีการเลือดอุดตันหลอดเลือด ดังนั้นระดับ LDL-C ที่สูงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ส่วน HDL -C ต่ำก็เป็นปัจจัยต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง โดยตัว HDL - C จะมีบทบาทในจะเป็นตัวช่วยการขจัดไขมันบนผนังหลอดเลือดแดงผ่านกลไก การนำ cholesterol กลับไปทำลายการยับยั้งขบวนการออกซิเดชันของ LDL- C การยับยั้งเกล็ดเลือดเกาะตัวกัน การยับยั้ง expression ของ adhesion molecules ชนิดต่างๆ กระตุ้นให้เยื่อหลอดเลือดผลิต nitric oxide ให้เลือดซึมเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น และยับยั้งการทำลายเยื่อหลอดเลือดได้ ดังนั้นระดับ HDL-C ที่สูงจะส่งผลดีกับตัวหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ความดันโลหิตสูง (hypertension) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่จะพบมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากหัวใจเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มี ความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงส่งผลเสียโดยตรงต่อหลอดเลือด เพิ่มความเครียดให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง และเพิ่มความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาอาจลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2.3 การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า เนื่องจากบุหรี่ มีสารทำให้เกิด endothelial dysfunction, เพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดการ oxidation ของ LDL ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัวกล่าวคือสารในบุหรี่ทั้ง ทาร์ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

...โดยเฉพาะคาร์บอนโมน็อกไซด์จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงด้วย การแย่งที่ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงด้วย การไปจับฮีโมโกลบินอย่างหนาแน่นและเกาะติดถาวรทำให้คุณสมบัติการยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงที่จะไหลเวียนซอกแซกไปตามหลอดเลือดลดลง เกิดการครูดกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงทำให้เกิดรอยขรุขระ ทำให้ไขมันและเกล็ดเลือดมาพอกติดได้ง่ายและเพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนสารนิโคตินจะกระตุ้นประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตให้หลั่งสาร Epinephrine ทำให้ความดันโลหิตสูงชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัวและนอกจากนั้นการสูบบุหริ่ยังเพิ่ม Oxidized LDL ลดการสร้าง nitric oxide ของเยื่อหลอดเลือด เพิ่มระดับ high sensitivity C-reactive protein (hsCRP), soluble intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1), fibrinogen, homocysteine และการจับตัวของเกล็ดเลือด รวมถึงเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลทำให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้น

2.4 ความอ้วน (obesity) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมี metabolic syndrome ร่วมด้วยจะมีการเกาะของเกล็ดเลือดมากขึ้นในหลายตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการขยายหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี metabolic syndrome

2.5 เบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีโรคเบาหวานร่วมจะมี plaque ที่มีขนาดใหญ่ เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการปริแตกของ thrombus หลายตำแหน่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) และ ST-elevation acute coronary syndrome จะต้องมีการขึ้นและลดลงของ cardiac biomarker (โดยเฉพาะ ค่า cardiac troponin) ที่สูงกว่าค่า 99th percentile ของค่าอ้างอิงปกติ ในประชาชนทั่วไป ร่วมกับอาการแสดงและผลการตรวจวินิจฉัย อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้

1.1 อาการที่เข้าได้กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่นอาการเจ็บแน่นหน้าอก ราวไปกราม หรือมีอาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ เป็นต้น

1.2 ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใหม่ของ ST –segment – T wave (ST – T) หรือ left bundle branch block (LBBB)

1.3 ตรวจพบ Q wave ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.4 การตรวจวินิจฉัยหัวใจด้วยการแสดงภาพ เช่น การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) การตรวจหัวใจโดยใช้สารกัมมันตรังสี (Radionuclide Imaging) การตรวจหัวใจด้วยภาพคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging) และการตรวจหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) โดยจะพบลักษณะกล้ามเนื้อหัวใจมีการบีบตัวที่ผิดปกติหรือมีการขาดเลือดหรือตาย ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือเกิดขึ้นใหม่

1.5 จากการตรวจสวนหัวใจ หรือ การผ่าตรวจพิสูจน์ศพพบลิ้มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

หลักการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งได้ดังนี้

1. การให้ยาต้านเกล็ดเลือดและยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent)

1.1.1 Aspirin

1.1.2 Clopidogrel

1.2 ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation agent)

1.2.1 Fondaparinuxa

1.2.2 Enoxaparina

1.2.3 Heparin

2. การเปิดหลอดเลือดหัวใจ (coronary reperfusion)

2.1 Pharmacological reperfusion ในผู้ป่วย ST elevation acute coronary syndrome

วิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือการรักษาเพื่อให้หลอดเลือดเปิดหรือ reperfusion therapy ให้เร็วที่สุดภายในเวลา 12 ชั่วโมงแรกหลังอาการเจ็บหน้าอกในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic หรือ thrombolytic drugs) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งนอกจากการทำ primary PCI โดยยาละลายลิ่มเลือดสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ถึงแม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบชนิด NSTEMI จะมีพยาธิสภาพการเกิดโรคคล้ายคลึงกับ STEMI เมื่อมีการนำเอายาละลายลิ่มเลือดมาใช้พบว่าไม่มีประโยชน์และอาจเกิดโทษได้ยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ streptokinase (SK), recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) และ Tenecteplase (TNK-tPA) โดยคำนวณขนาดของยาที่ใช้ตามน้ำหนักของผู้ป่วย

2.2 Mechanical reperfusion (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) คือการรักษาผ่านสายสวนโดยใส่สายสวนผ่านทาง femoral หรือ radial artery ไปที่ coronary artery ที่อุดตันและฉีดสารทึบรังสี พบ occlusive coronary thrombus การรักษาได้แก่ balloon inflation เพื่อกดเบียดให้ลิ่มเลือดแตกออกเป็นชิ้นเล็ก หรือการดูดลิ่มเลือดออก (thrombus suction) ออกมา หรือสลาย (thrombectomy) หรือการถ่างหลอดเลือดที่ตีบและเพื่อคงสภาพรูเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันไม่ให้รูเลือดกลับมาปิดใหม่ เช่น ขดลวด (stent)

3. การลดอาการปวด สามารถลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ด้วย ควรรักษาร่วมไปพร้อมกันกับการเปิดหลอดเลือด ประกอบด้วย

3.1 oxygen therapy : ดูแลให้ออกซิเจน โดยรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

3.2 การให้ nitroglycerine หรือ morphine sulphate เพื่อบรรเทาอาการปวด

3.3 การให้ anxiolytic agent เพื่อบรรเทาหรือคลายความวิตกกังวล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

...เนื่องจากภาวะความเครียดหรือความวิตกกังวล จะกระตุ้น sympathetic nervous system ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเลือดและออกซิเจนเพิ่มขึ้น

4. การลดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่การให้ยา beta – blocker ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้เช่น โรคหอบหืด หัวใจวาย และหัวใจเต้นช้า เป็นต้น ยาที่ใช้บ่อยคือ atenolol, carvedilol

5. การลด ventricular remodeling ได้แก่ การให้ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACEI) หรือ angiotensin receptor blocker (ARB) โดยยาจะออกฤทธิ์ช่วยควบคุมการปรับสภาพหัวใจที่ตอบสนองต่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ventricular remodeling) ทำให้หัวใจไม่ยืดขนาดออกไปมากตามพยาธิสภาพที่เกิดหลังกล้ามเนื้อตายลดขนาด ventricular dilation พยุงการบีบตัวของหัวใจไว้ไม่ให้ทรุดลง

6. การรักษาอื่นๆ เพื่อลดอาการจากภาวะหัวใจวาย เช่น การให้ยาขับปัสสาวะ การใส่ Intra Aortic Balloon Counter pulsation (IABP) เพื่อพยุงการไหลเวียนของเลือด รักษาสมดุลของ oxygen supply และ oxygen demand ของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาโดยวิธี mechanical reperfusion ด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือเนื่องจากหัตถการดังกล่าวมีการทำเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ (Cardiac Catheteri)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

รายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 76 ปี มาด้วย 6 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ขณะนอนอยู่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อแตก มีพะอืดพะอม หายใจไม่อิ่ม ไม่มีอาเจียน ไม่ได้ไปรักษาที่ใดมาก่อน เจ็บหน้าอกมากนอนไม่ได้ญาติจึงพามา รพ. ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบบุหรี่ 20 มวน/วัน สูบมานาน 30 ปี แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/84 มิลลิเมตรปรอท ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 125 mg% คะแนนความปวดได้ 5/10 คะแนนตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST-elevation V2 V3 แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจแล้ว ให้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีผล Trop-T มากกว่า 2000 นาโนกรัมต่อลิตร แมกนีเซียม 1.8 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผลโปรแตสเซียม 3.5 มิลลิกรัมวาลีนต์/ลิตร ตรวจสมรรถภาพปอดพบว่ามีภาวะน้ำเกินในปอด แพทย์ได้ให้ ยาละลายลิ่มเลือด ASA (300) 1 เม็ด เคียว, Isordil (5) 1 เม็ด คอมไวด์ลิน, ทาน clopidogrel (75) 1 เม็ด, furosemide 40 mg v, ทานยาโปรแตสเซียม 30 มิลลิกรัม ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และให้ยา streptokinase 1.5 ล้านยูนิตทางหลอดเลือดดำ จากนั้นมีความดันโลหิต 88/64 มิลลิเมตรปรอท ให้ยากระตุ้นความดัน levophed 1:5 v 10 ml/hr และเพิ่มยา omeprazole 80 mg v, Mgso 4 ml + dw 100 ml in 4 hr ได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2) ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) เกิดความดันโลหิตต่ำจากภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายนี้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการให้ยาและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ตลอดจนถึงการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายนาน 3 วัน อาการทุเลา แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านได้

รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 57 ปี มาด้วย 2 ชม. ก่อนมา ผู้ป่วยให้ประวัติว่า หลังจากทำ CAPD รอบที่ 3 ได้กำไร 100 ml มีอาการแน่นหน้าอก ไม่มีเหงื่อแตก ไม่มีอาเจียน ไม่ได้ไปรักษาที่ใดมาก่อน อาการไม่ทุเลาญาติจึงพามา รพ. แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 178/102 มิลลิเมตรปรอท ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว 166 mg% คะแนนความปวดได้ 5/10 คะแนนตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST-elevation V4 V6 แพทย์วินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจแล้ว ให้ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีผล Trop-T 1,434 นาโนกรัมต่อลิตร แพทย์ได้ให้ ยาละลายลิ่มเลือด ASA (300) 1 เม็ด เคียว, Isordil (5) 1 เม็ด คอมไวด์ลิน, ทาน clopidogrel (75) 4 เม็ด, furosemide 1 gm. v ใน 24 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ และพบว่าความดันโลหิต 188/104 มิลลิเมตรปรอท ให้ nicardipine 1:5 rate 5 ml/hr ก่อนให้ยา streptokinase 1.5 ล้านยูนิตทางหลอดเลือดดำ และเพิ่มยา omeprazole 40 mg v

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

...และดูแลรักษาพยาบาลส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูง ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2) ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ตีบ ตันเนื่องจากความดันโลหิตสูง 5) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่เข้าใจและขาดความรู้ในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายนาน 5 วัน ได้รับการสวนหัวใจ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องทำการล้างไตก่อน และอาการทุเลา แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวน ค้นคว้าเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. รวบรวม วิเคราะห์ แล้วนำมาวางแผนการพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน
3. ใช้กระบวนการพยาบาลและใช้ Theory of self-care ของโอริเริ่มเป็นหลักแนวคิดในการดูแลผู้ป่วย
4. จัดทำเอกสารวิชาการและเผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความรู้ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถรับรู้อาการเตือนของโรค และเข้ารับการรักษาได้ทันท่วงที
2. เพื่อส่งเสริมญาติหรือผู้ป่วย ในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคได้ถูกต้อง
3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนอื่นๆได้
4. เพื่อป้องกันอัตราการตายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ข้อมูล	ปี พ.ศ.2565		ปี พ.ศ.2566	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการตรวจ EKG ใน 10 นาที	>90 %	75 %	>90 %	75 %
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาล	0%	33.33%	0 %	0%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ได้รับความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทีมแพทย์ พยาบาล เกสซ์กร โภชนาการ แพทย์แผนไทย ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงและอาการเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และสามารถรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล และมีการบวนดูแลผู้ป่วยแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตเป็นที่พึงพอใจ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การคัดกรองและประเมินอาการแรกเริ่มและการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีมาตรฐานการพยาบาลและทันตทั้งที่ การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของกลุ่มโรคดังกล่าว มีการพัฒนาทบทวนแนวทางอยู่สม่ำเสมอ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยเน้นการปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายโรคหัวใจแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายปฐมภูมิเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ชุมชนหลังจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด พัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในภาวะก่อนวิกฤต ขณะวิกฤตและหลังวิกฤตได้อย่างเหมาะสม สร้างระบบเครือข่ายในการให้คำปรึกษาและศูนย์กลางการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรในชุมชน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน ดังนั้นการป้องกันโรคอาจทำได้โดยการรับรู้ภาวะของโรค การปรับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยบางประเภท ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื่องจากอาการและอาการแสดงไม่ตรงไปตรงมา หากพยาบาลมีแนวทางการซักประวัติและการบันทึกที่ครอบคลุม จะทำให้สามารถคัดกรองโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้อย่างทันทั้งที่และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง

การคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยให้ได้รวดเร็วถูกต้อง จะทำให้สามารถคัดกรองโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การพยาบาลในระยะตรวจรักษาในภาวะวิกฤต ให้การดูแลพยาบาลครอบคลุมทุกมิติ การพยาบาลในระยะให้ยาละลายลิ่มเลือดและการดูแลต่อเนื่องโดยการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างทันทั้งที่ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและการกลับมาเป็นซ้ำ ด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

จากการศึกษาผู้ป่วย 2 ราย พบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่ได้โทรเรียกรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เนื่องจากกลัวเสียค่าใช้จ่าย พยาบาลต้องมีหน้าที่ประเมินความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อมีเจ็บหน้าอกได้ทันเวลา และเมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกไม่ตรงไปตรงมา ดังนั้นพยาบาลคัดกรองต้องมีทักษะในคัดกรองและประเมินโรคได้อย่างแม่นยำ จึงจะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันทั้งที่

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome: ACS) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มารักษาที่หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลน้ำซุ่น มีขนาด 30 เตียง มีระยะทางห่างจากตัวจังหวัดประมาณ 93 กิโลเมตร ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ในการส่งต่อผู้ป่วย ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จากกรณีศึกษา 2 ราย เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าการปฏิบัติการประเมินคัดแยกอาการเบื้องต้นยังไม่ครอบคลุม มีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลายในการรักษาของแพทย์และพยาบาลรวมทั้งแนวทางไม่เป็นปัจจุบัน ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้และตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมด้านอารมณ์และการใช้ยาให้เหมาะสม ผู้ป่วยต้องมีความรู้ และความตระหนักเรื่อง ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่ทำการรักษา เพื่อกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกัน มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่จะช่วยลดอัตราการตายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางการพยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke ,STEMI

9.2 ด้านบริการ บุคลากรทางการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อการผู้ป่วย สนับสนุนผู้ป่วยและญาติให้มีการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ วางแผนการให้ความรู้ในชุมชน

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

9.4 ด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอน ควรเน้นให้ผู้เรียนตระหนักถึงผลกระทบครบครัน ชุมชน และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความรู้และเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่นักศึกษา เน้นการเป็นผู้ประสานงานที่ดีในทีมสุขภาพ

9.5 ด้านการวิจัย นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำวิจัยประเภท R2R ต่อไป

10. การเผยแพร่ผลงาน

ติดต่อการนำเสนอผลงานโครงการประชุมวิชาการ “การพัฒนาการเขียนและการนำเสนอผลงานเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าวิชาชีพการพยาบาล” วันที่ 28 มกราคม พ.ศ.2567 จัดโดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ร่วมกับสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาววัลภา ขาวสะอาด สัดส่วนผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางสาววัลภา ขาวสะอาด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาววัลภา ขาวสะอาด	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายสุทัศน์ วิลาวลย์)

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

วันที่ 12 / มกราคม / 2567

ลงชื่อ 

(นายจิรายุ สุวรรณศรี)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำซุ่น

วันที่ 12 / มกราคม / 2567

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาได้ทันเวลาที่ ลดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ศึกษาเกิดแนวคิดที่ว่า อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมายังอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน คือ อาการเจ็บหน้าอก จึงมีลักษณะการเจ็บที่เฉพาะ คือ มีอาการเจ็บแบบแน่นและหนักเหมือนมีของหนักทับอกด้านซ้าย และอุปสรรคในการประเมินผู้ป่วย คือ การประเมินและการบันทึกลักษณะอาการและอาการแสดงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ครอบคลุมขาดทักษะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสิ่งที่ยาบาลวิขาชีพ งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินต้องการ คือ แนวทางการซักประวัติและการบันทึกที่ครอบคลุม ตรงประเด็น ที่คาดว่าจะสามารถช่วยให้การวินิจฉัยแยกโรคทำได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตเร่งด่วน ที่มีผลต่อครอบครัวและสภาพเศรษฐกิจ ครอบครัวและประเทศชาติ มีเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงไม่ได้อยู่ที่การรักษาทางการแพทย์แต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพอนามัย การจัดการความเครียด และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงสามารถจัดการดูแลตนเองได้เมื่อเกิดอาการผิดปกติ เพื่อให้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาลและทีมสหสาขา เป็นผู้มีส่วนสำคัญที่จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือด จะตาย ถ้ากล้ามเนื้อตายปริมาณมากผู้ป่วยจะหัวใจวายและเสียชีวิต ในปี 2566 นี้ มุ่งเน้นให้ประชาชนรับรู้ความสำคัญในการดูแลป้องกันโรคหัวใจเพราะเมื่อเรารู้มากขึ้นเราก็สามารถดูแลหัวใจได้ดีขึ้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ระบุว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก ทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองมากกว่า 20 ล้านคน และ 80% ของการเสียชีวิตสามารถป้องกันได้ สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดไปเลี้ยงที่หัวใจตีบตัน ขาดความยืดหยุ่น เนื่องจากการสะสมของไขมัน โปรตีน และการอักเสบที่บริเวณผนังด้านในของหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตที่สูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยโรคนี้นักเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดหรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายการรักษาของแพทย์ เพราะฉะนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ทัน่วงที ทุกนาที่ที่ผ่านไปหมายถึงโอกาสรอดของผู้ป่วยที่ลดลง

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องได้รับการดูแล และประเมินอย่างเร่งด่วน จากทีมสุขภาพในทุกระยะของการเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อประเมินอาการและติดตามอาการได้อย่างถูกต้อง โดยการจัดทำแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และนำมาทบทวนภายในหน่วยงานนั้นทำให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และการรณรงค์ให้ผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติ และปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ก็จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ จึงเป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง เนื่องจากการดูแลแบบองค์รวมไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถลดอัตราการตาย ผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเป็นแนวทางแก้ไขในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ควรนำแนวปฏิบัติในการวางแผนการการพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มากำหนดเป็นนโยบายในหน่วยงานและมีการสร้างแรงจูงใจ ระบบการสื่อสารการนิเทศบุคลากรให้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติให้ครบทุกขั้นตอน

2. ควรจัดอบรมให้ความรู้เรื่องของการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แก่พยาบาลและทีมสหวิชาชีพเพื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของโรค

3. ควรมีการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงให้ทันสมัย และปรับตามบริบทที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ควรมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรจัดทำไว้ใน 2 ลักษณะ คือ

แบบที่ 1 สำหรับให้พยาบาลที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ หรือพยาบาลที่เข้ามาช่วยปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ให้สามารถปฏิบัติได้ตามขั้นตอนในแนวทางที่กำหนดได้สะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง ซึ่งจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น หรือมีภาวะทุพพลภาพจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดน้อยที่สุด

แบบที่ 2 สำหรับพยาบาลประจำการในงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และครอบคลุมสำหรับการประเมินในภาวะเร่งด่วน

เพื่อให้เจ้าหน้าที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการ เกิดการแก้ไข ปรับปรุงวิธีปฏิบัติงานโดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ
2. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้
3. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ สะดวกและรวดเร็ว
4. อัตราการตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการใช้แบบประเมินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดครบ 100%
2. ระยะเวลาตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนถึงการตรวจได้ทำการรักษาภายใน 10 นาที > 100%
3. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที > 100%
4. อัตราการตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลง

(ลงชื่อ) 

(นางสาววิมลภา ขาวสะอาด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 12 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑.ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ - ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.ความรู้ ความชำนาญงาน

๑.กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของปอด กล่าวถึงโครงสร้างและหน้าที่ของปอด ปอดเป็นอวัยวะที่มีหน้าที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ระหว่างถุงลมขนาดเล็กในปอดกับหลอดเลือดฝอยในผนังของถุงลมเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายและนำคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายทางลมหายใจออก ปอดของมนุษย์มี ๒ ข้างคือ ปอดซ้าย และปอดขวา อยู่ในช่องทรวงอกตั้งแต่ระดับกระดูกไหปลาร้าจนถึงประมาณชายโครงทั้ง ๒ ข้าง ซ้าย และขวาตามลำดับเช่นเดียวกัน ปอดจะมีกระดูกซี่โครงและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงหุ้มเป็นผนังด้านนอก และมีกล้ามเนื้อกะบังลม กั้นด้านล่างระหว่างปอดและช่องท้องระหว่างปอดทั้ง ๒ ข้างเป็นที่ตั้งของหัวใจและของต่อมไทมัส ปอดเป็นอวัยวะที่มีถุงลมขนาดเล็ก อยู่ในจำนวนมากมาย ทำให้ปอดมีลักษณะมีรูพรุนขนาดเล็กๆอยู่ในทุกส่วน ลักษณะคล้ายฟองน้ำ ปอดแต่ละข้างจะแบ่งออกเป็นกลีบ ปอดขวามี ๓ กลีบได้แก่ กลีบบน กลีบกลาง และกลีบล่าง ปอดซ้ายมี ๒ กลีบได้แก่ กลีบบน และล่าง มีเยื่อหุ้มปอดเป็นพังผืดบางๆคลุมอยู่ภายนอกเรียกว่า Pleura ภายในปอดจะมีท่อนำอากาศตั้งแต่ท่อนขนาดใหญ่ที่ซี่ปอดเรียกว่า Main bronchus ซ้าย และขวา แยกออกมาจากท่อนใหญ่ที่เรียกว่า Trachea เมื่อเข้ามาภายในปอด Bronchus จะแยกออกเป็นหลอดลมขนาดเล็กจำนวนมาก คล้ายการแยกกิ่งก้านสาขาของต้นไม้ (Small bronchus) หลอดลมฝอย (Bronchiole) และสิ้นสุดเป็นถุงลมขนาดเล็กจำนวนมากมาย (Alveoli) ซึ่งเป็นส่วนที่เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซกับหลอดเลือดฝอยในปอดปอดรับเลือดดำจากหัวใจห้องขวาล่าง (Right ventricle) ทาง หลอดเลือดใหญ่ชื่อ Pulmonary artery เพื่อนำมาฟอกและเปลี่ยนจากเลือดดำเป็นเลือดแดง หลังจากนั้น ก็จะนำเลือดแดงที่มีปริมาณออกซิเจนสูงกลับสู่หัวใจห้องซีกซ้ายบน (Left atrium) ทาง หลอดเลือดใหญ่ ชื่อ Pulmonary vein เพื่อให้หัวใจสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายต่อไป

๒.พยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอด คือ โรคมะเร็งปอดมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพแตกต่างกันออกไป มีอยู่หลายชนิด แต่ชนิดที่พบได้บ่อย จะมีอยู่ด้วยกัน ๒ ชนิด คือ (วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์, ๒๕๖๑)

๑. โรคมะเร็งปอดชนิดไม่ใช้เซลล์ขนาดเล็ก (non-small cell lung cancer : NSCLC) เป็นชนิดที่พบได้บ่อย เจริญเติบโตช้าและแพร่กระจายช้า มักลุกลามอยู่ในปอดและเนื้อเยื่อข้างเคียงก่อนจากนั้นจึงลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่ซี่ปอดและในช่องอก แล้วจึงแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด แบ่งออกได้เป็น ๓ ชนิดย่อยได้แก่

๑.๑ Squamous cell carcinom เซลล์ชนิดนี้จะพบได้ที่เยื่อบุผิวของหลอดลม ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณหลอดลมส่วนต้น

๑.๒ Large cell carcinoma เป็นเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่ และไม่มีการพัฒนารูปร่างไปเหมือนกับเซลล์ชนิดอื่น เซลล์ชนิดนี้จะพบ ได้ที่ผิวหนังของเนื้อปอดสามารถแพร่กระจายได้เร็วมาก

๑.๓ Adenocarcinoma เซลล์มะเร็งชนิดนี้จะพบได้ที่ต่อมสร้างน้ำเมือกของปอด รู้จักกันในชื่อ bronchoalveolar cell carcinoma ตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดคือบริเวณชายปอด

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๓.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๒. โรคมะเร็งปอดชนิดเซลล์ขนาดเล็ก (small cell lung cancer : SCLC) เป็นชนิดที่พบได้น้อยกว่าชนิดแรก แต่มีความรุนแรงมากกว่าและแพร่กระจายได้เร็วกว่า เมื่อตรวจพบโรคมักลุกลามเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองและแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดแล้ว จึงทำให้มีการแพร่กระจายเข้าสู่อวัยวะอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

๓.กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การดูแลคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยเน้นการดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานแบบองค์รวม ให้การรักษาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย (WHO, ๒๐๐๒)

๔.การวางแผนการจำหน่าย และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้องและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนการรักษาโรค โดยในกระบวนการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาลถึงบ้านเป็นกระบวนการสำคัญ

๕.ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยา เป็นการศึกษาถึงสรรพคุณและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้แก่ Erlotinib hydrochloride (๑๕๐ มิลลิกรัม), Omeprazole (๒๐ มิลลิกรัม) , morphine sulphate syrup ความเข้มข้น ๑๐ มก./๕ มล, Tramadol (๕๐ มิลลิกรัม), Amitriptyline (๑๐ มิลลิกรัม), Gabapentin (๓๐๐ มิลลิกรัม) Clindamycin (๓๐๐ มิลลิกรัม), Mupirocin (๖๒๕ มิลลิกรัม), Amlodipine (๕ มิลลิกรัม), Ceftriazone (๒ กรัม)

๓.๒.แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑.กรอบแนวคิดวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)

๒.แนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management)

๓.แนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

๔. Gold Standard of Palliative care (๗ C) (Penny Hansford and Helen Meehan, ๒๐๐๗)

๔.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

มะเร็งปอดมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเจ็บป่วยที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น ๑๘.๑ ล้านรายต่อปี และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๙.๖ ล้านคน พ.ศ. ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน ๑๘.๑ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ๙.๖ ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ ๕ อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยใหม่จำนวน ๑๘.๑ ล้านราย พบผู้ป่วยมะเร็งปอด ๒.๑ ล้านราย มะเร็งเต้านม ๒.๑ ล้านราย มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๑.๘ ล้านราย มะเร็งต่อมลูกหมาก ๑.๓ ล้านราย และมะเร็งกระเพาะอาหาร ๑.๐ ล้านราย ส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต ๙.๖ ล้านคน เป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด ๑.๘ ล้านคน มะเร็งลำไส้ ๘๘๑,๐๐๐ คน มะเร็งกระเพาะอาหาร ๗๘๓,๐๐๐ คน มะเร็งตับ ๗๘๒,๐๐๐ คน และมะเร็งเต้านม ๖๒๗,๐๐๐ คน (แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕) สำหรับสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเพศชายประเทศไทย ๕ อันดับแรก คือ มะเร็งตับ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก และมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๕ อันดับแรกในเพศหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปอด และมะเร็งตับและพ่อน้ำดี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

จากรายงานสถานการณ์โรคมะเร็งในจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการป่วยในเพศชายประเทศไทย ๕ อันดับแรก คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งตับ และพ่อน้ำดีและมะเร็งปาก ส่วนโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการป่วย ๕ อันดับแรกในเพศหญิงไทย ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปอด โรงพยาบาลน้ำขุ่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ ให้บริการ ๓๐ เตียง มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายรักษาแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๖ จำนวน ๖ ราย

จากสถิติถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะไม่มาก แต่ก็สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงจากโรคมะเร็งปอดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่อำเภอ น้ำขุ่น มะเร็งปอดเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง มลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเป็นโรคมะเร็งปอด ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะมีอาการ อาการแสดง และจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการทำให้ช้าเกินกว่าจะแก้ไขได้ทันทั้งนี้หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก ซึ่งยังไม่มีอาการใดๆปรากฏจะมีโอกาสหายจากโรคได้มากกว่าเมื่อโรคอยู่ในระยะลุกลาม ทำให้การรักษาไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด เป็นสถานการณ์ที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย โดยธรรมชาติของโรคมะเร็งปอดเป็นโรคที่อันตรายถึงตายได้อย่างรวดเร็วจากการที่มะเร็งรุกรานโดยตรงไปตามอวัยวะต่างๆที่สำคัญของร่างกายผู้ป่วย ทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากเซลล์มะเร็งที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น และกระจายลุกลามอย่างรวดเร็ว ในที่สุดอวัยวะของร่างกายจะถูกทำลายทำให้ผู้ป่วยมีอาการมากมาย เช่น ไอ หายใจลำบาก เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ถูกทำลาย และในที่สุดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตนอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักไม่สามารถหารายได้เลี้ยงครอบครัวได้ทำให้ขาดรายได้และภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพเป็นจำนวนมากจึงมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวในการหาวิธีการจัดการกับอาการ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะของโรค ตลอดจนวิธีการรักษาซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนทั้งด้านการป้องกันการเกิดโรค ส่งเสริมการดูแลสุขภาพการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเมื่อเกิดโรคโดยพยาบาลวิชาชีพต้องมีส่วนสำคัญตั้งแต่การคัดกรองโรคซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเร็วขึ้นลดค่าใช้จ่ายและส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในระดับปฐมภูมิต้องมีองค์ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และพยาธิสภาพของโรค สามารถส่งผู้ป่วยรักษาต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติปรับระบบแนวคิด และเรียนรู้ใหม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

โรงพยาบาลน้ำซุ่น ได้มีการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Case management) ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการพัฒนางานคุณภาพการบริการพยาบาล การบริหารจัดการระบบบริการ สามารถประสานงานในทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ในการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกทบทวนแผนการรักษาพยาบาล แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเมื่อได้รับการดูแลรักษาตามชนิดและความรุนแรงของโรคจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค และเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง โดยพยาบาลต้องมีการประเมิน วางแผน วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวมและครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน และได้รับการฟื้นฟูสภาวะร่างกายเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามอัตภาพ รวมถึงการสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพในทีมสุขภาพและในชุมชน

โครงเรื่องโดยย่อ

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๖๒ ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา มารักษาที่โรงพยาบาลน้ำซุ่นด้วยอาการสำคัญ เหนื่อย ก่อนมา ๔ ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๓ วันก่อนมา มีอาการเหนื่อย หายใจหอบ ๔ ชั่วโมงก่อนมามีอาการเหนื่อยมากขึ้น มีหายใจหอบ หายใจไม่อิ่ม ไม่มีแน่นหน้าอก รับประทานที่โรงพยาบาลระหว่าง วันที่ ๒๕ มิถุนายน - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ จากประวัติ ๖ เดือนก่อนมามีอาการ ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด ๒ กิโลกรัม เบื่ออาหาร เอกซเรย์พบ reticulonodular infiltration แพทย์ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม แพทย์วินิจฉัยเป็น มะเร็งปอด นอนรักษาตัวได้ยาฉีดและยากิน ได้ยากินเป็น Amikin ๕๐๐ mg v OD, Erlonib ๑๕๐ mg ๑ tab oral ac แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านมาฉีดยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แกร็บรู้สึกรู้สิดตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๒ ครั้ง ต่อนาที หายใจ ๒๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๐๒/๖๘ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๒๗ กิโลกรัม สูง ๑๕๐ เซนติเมตร ผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรค ปฏิเสธการใส่ท่อ ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ แต่รักษาด้วยยาเต็มที่ จึงได้รับการรักษาตามอาการ นอนพักรักษาตัว ๕ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ขอรับการรักษาแบบประคับประคองต่อที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน วางแผนการดูแลโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม ผูกทักษะการดูแลที่จำเป็นให้แก่ญาติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล วางแผนการจำหน่ายและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อม ที่จะเสียชีวิตดี ทั้ง ๓ ด้านคือ

- ๑) เสียชีวิตดีทางร่างกายคือไม่เจ็บปวดทรมานไม่ถูกยื้อชีวิตยืดความตายศพสวยหรือเสียชีวิตขณะ

หลับ

- ๒) เสียชีวิตดีทางสังคมคือได้อยู่ท่ามกลางคนที่รักโดยไม่ห่วงคนข้างหลังคนข้างหลังนึกถึงได้อโหสิกรรมก่อนเสียชีวิต

- ๓) เสียชีวิตดีทางจิตใจคืออย่างมีสติปล่อยวางจิตใจได้พร้อมกับเห็นความจริงของชีวิตบรรลุนิพพานก่อนเสียชีวิต

หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลน้ำซุ่นกลับไปอยู่บ้าน ผู้ศึกษาได้ประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยตามความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินเพื่อการดูแลประคับประคอง LIFESS การดูแลต่อเนื่องแบบ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

ระดับประคองที่บ้าน INHOMESS ได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พยาบาลจิตเวช ศูนย์ COC นักกายภาพบำบัด เกสซ์กร นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย รวมทั้งประสานญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชนท้องถิ่น อสม.นักบริบาลผู้สูงอายุ(care giver)ก่อนให้การดูแลตามสภาพปัญหา และมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประกอบด้วยเตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม อุปกรณ์ให้ออกซิเจนพร้อมถังออกซิเจน เพื่อช่วยให้ ประคับประคองอาการให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ศึกษาได้ประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆตามสภาพปัญหาและอาการรบกวน รวมระยะเวลาในการดูแลในโรงพยาบาล ๕ วันและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ๓ ครั้ง ตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาทางการพยาบาลคือ

- ๑). มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
- ๒). ไม่สุขสบายจากอาการปวด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ลุกลาม
- ๓). มีภาวะติดเชื้อมีแผลในร่างกายนอกจากภูมิคุ้มกันต่ำลงจากพยาธิสภาพของโรค๔).มีภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากภาวะเบื่ออาหาร
- ๕). ญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง

กรณีศึกษาที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๘๕ ปี สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพทำนา มาโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลน้ำซุ่นด้วยอาการสำคัญ เหนื่อย อ่อนเพลียก่อนมา ๑ ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑๐ วันก่อนมา มีอาการวิงเวียน ไอแห้งๆ ปวดศีรษะเวลาไอถี่ๆ มารักษาที่โรงพยาบาลได้ยาฉีด Ceftriazone ๒ g x ๓ day ๑ วันก่อนมาญาติบอกว่า มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก แน่นท้อง จึงมาโรงพยาบาล รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลระหว่าง วันที่ ๓ พฤศจิกายน -๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ แรกรับรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๖ ครั้ง ต่อมาที่ หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๖๐/๘๓ มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก ๓๓ กิโลกรัม สูง ๑๕๖ เซนติเมตร ตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ CBC leukocytosis, WBC ๑๒๑๖๐ CXR multiple lung nodule ddx TB lung plan W/U Sputum AFB admit ATB fortum ๒ g ,clindamycin ๖๐๐ mg q ๘ hr ตรวจ AFB neg plan CT chest เบื้องต้นญาติปฏิเสธการไป CT หากแยลงจริงๆ plan supportive no ETT , no CPR แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ญาติผู้ป่วยรับรู้เรื่องโรคและไม่ให้บอกผู้ป่วย ปฏิเสธการใส่ท่อ ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ แต่รักษาด้วยยาเต็มที จึงได้รับการรักษาตามอาการ นอนพักรักษาตัว ๓ วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ขอรับการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและได้เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการจัดการอาการปวดและอาการรบกวน วางแผนการดูแลโดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมฝึกทักษะการดูแลที่จำเป็นให้แก่ญาติ เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล วางแผนการจำหน่ายและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อม ที่จะเสียชีวิตดี ทั้ง ๓ ด้านคือร่างกาย จิตใจ และสังคม

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔.สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลน้ำซุนกลับไปอยู่บ้าน ผู้ศึกษาได้ประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วย ตามความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินเพื่อการดูแลประคับประคอง LIFESS การดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคองที่บ้าน INHOMESS ได้มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล พยาบาลจิตเวช ศูนย์ COC นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ และแพทย์แผนไทย รวมทั้งประสานญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชน ห้องถิ่น อสม.นักบริบาลผู้สูงอายุ(care giver) ก่อนให้การดูแลตามสภาพปัญหา และมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประกอบด้วยเตียงปรับระดับได้ ที่นอนลม อุปกรณ์ให้ออกซิเจนพร้อมถังออกซิเจน เพื่อช่วยให้ ประคับประคองอาการให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ศึกษาได้ประสานให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้ออกติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆตามสภาพปัญหาและอาการรบกวน รวมระยะเวลาในการดูแลในโรงพยาบาล ๕ วันและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ๔ ครั้ง ตลอดระยะการดูแลผู้ป่วยรายนี้พบปัญหาทางการพยาบาลคือ

- ๑).มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
- ๒).ไม่สุขสบายจากอาการปวด เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งที่ลุกลาม
- ๓).มีภาวะติดเชื้อมีในร่างกาย เนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงจากพยาธิสภาพของโรค
- ๔).มีภาวะพร่องโภชนาการเนื่องจากภาวะเบื่ออาหาร
- ๕).ญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

ขั้นตอนการดำเนินการ

- ๑.เลือก Case เพื่อทำการศึกษา ๒ ราย
- ๒.รวบรวมข้อมูลประวัติของกรณีศึกษา ทบทวนข้อมูลจากตำราวารสารงานที่เกี่ยวข้อง
- ๓.ศึกษาปัญหาการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้าย และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- ๔.ศึกษาการรักษาของแพทย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- ๕.นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ
- ๖.ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ
- ๗.สรุปการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- ๘.เผยแพร่ผลงาน โดยนำเสนอวิชาการที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์
- ๙.จัดทำผลงาน จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน
๒. เพื่อกำหนดรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
๓. เพื่อพัฒนาการพยาบาลในชุมชนและการบริการที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองได้ดียิ่งขึ้น

๕.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑.ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ในการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองมะเร็งปอด

ข้อมูล	ปี พ.ศ.๒๕๖๕		ปี พ.ศ.๒๕๖๕	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health literacy)	๑,๗๙๖	๑,๗๐๒	๑,๙๘๗	๑,๘๘๕
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจเอกซเรย์	๑,๗๙๖	๑,๗๐๒	๑,๙๘๗	๑,๘๘๕

๕.๒.ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ได้รับการดูแลร่วมกันทุกสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ทีมแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร โภชนาการแพทย์แผนไทยผู้ป่วยมีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองมีแผนการดูแลร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาล ชุมชน มีการสนับสนุนของครอบครัว ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพคุณภาพชีวิตเป็นที่พอใจ

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๑.นำผลการศึกษามากำหนดแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- ๒.มีการจัดโครงสร้างและมอบหมายทีมงานรับผิดชอบในการทำงานที่ครบถ้วนตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยปอดระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง
- ๓.มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย เพื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องถึงชุมชน

๗.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองรายนี้เป็นการดูแลที่มีความซับซ้อนซึ่งต้องตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจวบจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพและทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง พยาบาลชุมชนเป็นแกนหลักสำคัญและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ตลอดจนเป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

โรคมะเร็งปอด เป็นโรคที่อันตรายถึงตายได้ ผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยได้ระยะที่แพร่กระจาย ผู้ป่วยทรุดลงอย่างรวดเร็วและมีอาการรบกวนรุนแรง ทำให้เสียชีวิตภายในระยะเวลา ๑ เดือน ญาติไม่ได้เตรียมใจดังนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลวิตกกังวลมาก เนื่องจากความยุ่งยากซับซ้อนของอาการรบกวนและโรคประจำตัวที่ไม่สามารถควบคุมได้ในขณะที่ป่วย นอกจากนี้ยังมีความเชื่อในเรื่องแพทย์ทางเลือกมากกว่าทางแผนปัจจุบัน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการเพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะสุดท้ายได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย และครอบครัวให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างมาก ถึงจะประสบผลสำเร็จ

๙.ข้อเสนอแนะ

๙.๑.ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรสนับสนุนและส่งเสริม ให้บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น 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 RbR ต่อไป

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพในยุค BANI รุ่นที่ ๓ ประเภท Oral Presentation วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๖ ณ.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

๑๑.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑).นายสรวิชัย เหล่าตรุณ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายสรวิชัย เหล่าตรุณ)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายสรวิชญ์ เหล่าตรุณ	
-	-
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายจिरายุ สุวรรณศรี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ใน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำขุ่น

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายจिरายุ สุวรรณศรี)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่ใน

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำขุ่น

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative Care

๒.หลักการและเหตุผล

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จัดเป็น Service plan ที่สำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ถ้าจิตใจผู้ดูแล (Care giver) ไม่เข้มแข็งหรืออดทนเพียงพอ จะสร้างความกดดันอย่างมากต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยร่างกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังจากการสูญเสีย โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของ WHO เน้น ๖ ด้าน คือ

๑. จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล
๒. เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน
๓. มีความต่อเนื่องในการดูแล
๔. เป็นการดูแลแบบเป็นทีม
๕. เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล
๖. เป้าหมายในการดูแล คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

การเยี่ยมบ้าน(Home visit) หมายถึง รูปแบบการบริการที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยแพทย์และสหวิชาชีพ จะออกไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน มีวัตถุประสงค์หลักในการเสริมสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ไม่ใช่การพยายามกำจัดผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือ พยายามลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล หรือลดภาระงานของแพทย์และพยาบาล (ผศ.สายพิน หัตถ์ธีรัตน์ และคณะ.๒๕๔๙)

สถานการณ์ผู้ป่วยที่รักษาแบบประคับประคองในเขตอำเภอน้ำขุ่น ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ๑๑ ,๑๑, ๖, และ ๒๘ คน ตามลำดับ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยคนละไม่เกิน ๑ ครั้ง ยังไม่มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและชัดเจน จากปัญหาดังกล่าว ทางผู้ศึกษาจึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประคับประคอง ขึ้นเพื่อให้มีระบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และให้ผู้ป่วย Palliative Careได้รับบริการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์มาตรฐานและเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ตลอดจนสร้างเครือข่ายหมอครอบครัวภายในชุมชนให้เข้มแข็งและเสริมพลังแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายในชุมชนรวมทั้งญาติผู้ป่วย ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามศักยภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและมีความสุขในการทำงานทั้งผู้ถูกเยี่ยมและผู้ไปเยี่ยม

วัตถุประสงค์

- ๑.เพื่อพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative Care ให้เป็นไปตามแบบแผนที่กำหนด
- ๒.เพื่อให้ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๓.เพื่อให้เกิดเครือข่ายทีมติดตามเยี่ยมบ้าน บุคลากรมีความคล่องตัวในการทำงาน

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน(ต่อ)

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

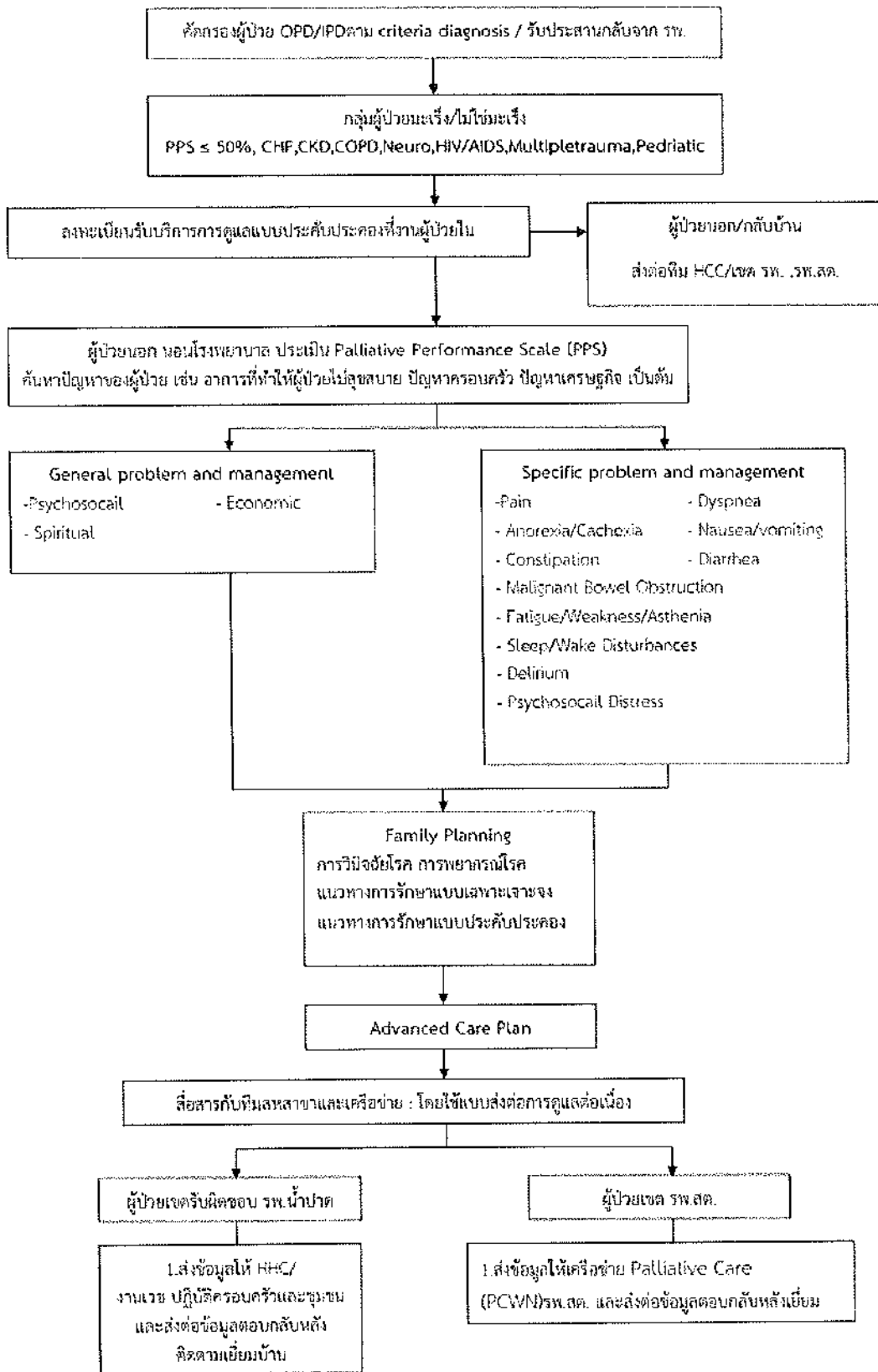
๓.๑.บทวิเคราะห์

จากการทำงานด้านการจัดระบบบริการการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วย ระยะสุดท้าย ในชุมชนที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยในเขตอำเภอน้ำขุ่น พบว่าระบบการดูแลยังมีรูปแบบในการออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงของทีมสหวิชาชีพ จากการสำรวจปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายปัญหาหลักคือผู้ป่วยยังเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้เป็นส่วนน้อย ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านไม่เหมาะสม จนเกิดอาการรบกวนที่ไม่สามารถจัดการได้ ขาดผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยเหตุนี้จึงได้ให้ความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายซึ่งด้อยโอกาสในการเข้ารับบริการภายในโรงพยาบาล จึงมีแนวความคิดพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative Care เพื่อประเมินสุขภาวะทั้งด้านจิตใจและร่างกาย ติดตามอาการ สร้างเครือข่ายหมอครอบครัวภายในชุมชนให้เข้มแข็ง และเสริมพลังแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายในชุมชนให้มีความพึงพอใจ และมีความสุขในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative Care

๓.๒.แนวคิด

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

๓.๓.รูปแบบเยี่ยมบ้าน Palliative care



๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

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

ขั้นดำเนินการ

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

ขั้นตอนการประเมินผล

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

ระยะเวลาดำเนินงาน มีนาคม ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๗

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หลังจากได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทุกคนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี
 ๒. เกิดเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีความสุขในการทำงาน
 ๓. มีระบบบริการดูแลอย่างครอบคลุม เชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล
 ๔. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็งมีระบบการสนับสนุนการดูแลในชุมชนให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. เกิดระบบการจัดบริการเยี่ยมบ้าน Palliative Care ครอบคลุมทั้งอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐
๒. ผู้ป่วยญาติและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระบบการเยี่ยมบ้าน Palliative Care ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....

(นายสรวิชัย เหล่าตรุณ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กรกฎาคม 2566–30 พฤศจิกายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure หรือ Congestive heart failure) คือ กลุ่มอาการที่มีสาเหตุจาก ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเป็นที่ระดับ โครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ ระบบหลอดเลือดทั้งที่หล่อเลี้ยงร่างกายและปอด ทำให้เกิดอาการและ อาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติ เช่น หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย แขน ขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่ง พอง และ ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลวมักค่อย ๆ สะสมอาการขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้อยๆ ค่อนข้างคงที่ เป็นระยะ เวลานาน ในช่วงที่เป็นผู้ป่วยนอก (Chronic HF) เมื่อติดตามอาการต่อไป ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ เรียกว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute HF) ซึ่งเป็นช่วงที่ต้องดูแลใกล้ชิด ความรุนแรงของอาการนั้นอาจไม่ สัมพันธ์กับระดับความผิดปกติ ของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง แต่ขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นในขณะที่ผู้ป่วย มีอาการทรุดลงด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังส่งผลถึงการทำงานของ ระบบอื่น ๆ เนื่องจาก เมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้ความดันโลหิตใน ห้องหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น (Elevated filling pressure) การไหลเวียนโลหิตโดยรวมไม่เพียงพอต่อการทำงานของ อวัยวะ (Decreased cardiac output) ทำให้ระบบต่าง ๆ ได้รับความเสียหายไม่เพียงพอต่อการใช้งาน (Inadequate organ perfusion) การทำงานของระบบประสาท อัตโนมิติ ระบบฮอร์โมนและ Cytokine จะถูกกระตุ้น ซึ่งเป็น พยาธิสรีรวิทยาหลักที่เกิดขึ้นในภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลต่อเนื่องให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของ หัวใจห้อง กลางซ้าย (Left ventricle) ซึ่งส่งผลเสียในระยะยาว (maladaptive remodeling) ความผิดปกติที่เกิดขึ้น ต่อหัวใจห้องกลางซ้ายนั้นมักถูกจำแนกออกเป็น ความผิดปกติของระยะบีบตัว (Systolic dysfunction) และความ ผิดปกติของระยะคลายตัว (Diastolic dysfunction)

1.1 การวินิจฉัยภาวะ Congestive heart failure ดังนี้

การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวใช้เพียงข้อมูลอาการ และ อาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น โดยไม่มี เกณฑ์การวินิจฉัย ที่ใช้ทั่วไป ส่วนการส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น การส่งเลือดตรวจทางพยาธิวิทยาคลินิก การตรวจ วินิจฉัยด้วยภาพ (Diagnostic imaging) เพียงเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัย แยกโรคอื่น สืบหาสาเหตุที่แท้จริงของ ภาวะหัวใจล้มเหลว ว่ามีลักษณะเฉพาะ อย่างไร ซึ่งจะมีผลต่อการวางแผนการรักษาในระยะยาว การวินิจฉัย อาศัยข้อมูลสำคัญคือ การที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงบ่งบอกภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถพบได้ในโรคหรือ ภาวะอื่น ไม่ได้เป็นอาการที่จำเพาะต่อภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงอย่างเดียว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.2 อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะหัวใจล้มเหลว

- ออกแรงหรือออกกำลังกายได้น้อยลง
- นอนราบไม่ได้ (orthopnea)
- หายใจหอบเหนื่อยหลังนอนหลับ (PND)
- JVP สูง
- พบเสียง S3 gallop
- ตรวจพบ apical impulse ออกด้านข้าง (lateral shifted apical impulse)
- บวมตามแขนขา (extremity edema)

1.3 ผลการตรวจที่บ่งชี้ความผิดปกติของหัวใจ

- LVEF 40% ร่วมกับหัวใจห้องกลางขยายหนา
- LVEF >40% ร่วมกับหัวใจห้องกลางซ้ายหนา, หัวใจห้องบนซ้ายใหญ่ขึ้น หรือพบ diastolic dysfunction (HFmrEF และ HFpEF)
- ความดัน LVEDP สูงขึ้น
- ระดับ natriuretic peptide (NP) สูงขึ้น

การส่งตรวจเพิ่มเติมจะมุ่งเน้นตรวจการทำงานและหาความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ได้แก่ การตรวจคลื่นเสียง สะท้อนหัวใจ (echocardiography) การตรวจภาพหัวใจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (cardiac magnetic resonance imaging) การตรวจอีกกลุ่มเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยวัดความดันในห้องหัวใจห้องกลางซ้าย (left ventricular end-diastolic pressure; LVEDP) หรือความดันในหลอดเลือดดำจากปอดเข้าหัวใจห้องซ้าย (pulmonary wedge pressure) วาสูงขึ้นผิดปกติหรือไม่ เป็นต้น อาการ อาการแสดง และผลการตรวจที่กล่าวมาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามปริมาณสารน้ำในร่างกายของผู้ป่วย หากยังให้การวินิจฉัยได้ไม่ชัดเจนสามารถส่งตรวจระดับ BNP หรือ NT-proBNP เพื่อช่วยให้อาการภาวะหัวใจล้มเหลวได้แม่นยำขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ HFpEF แต่มีบางภาวะที่ทำให้ค่าเหล่านี้เปลี่ยนแปลงได้แม้ไม่ใช่อาการภาวะหัวใจล้มเหลว

1.4 การรักษา มุ่งเน้นในการแก้ไขโรคที่เป็นสาเหตุของภาวะนี้ เช่น ถ้าเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยก็ควรได้รับการฉีดสตีเวนหัวใจ เพื่อพิจารณาแก้ไขหลอดเลือดโดยเร็วที่สุดเพื่อหยุดยั้งการดำเนินโรค การรักษาโดยการใช้ยาเพื่อชะลอการดำเนินโรคและฟื้นฟูการทำงานของหัวใจ ควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย โดยการคุมอาหาร ปริมาณน้ำที่ดื่มในแต่ละวัน และการปรับยาขับปัสสาวะอย่างเหมาะสม การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจเพื่อช่วยในการบีบตัว (Cardiac resynchronize therapy หรือ CRT) ตลอดจนใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจหัวใจ (implantable cardioverter defibrillator หรือ ICD) ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ต้องมีความรู้ ด้านการพยาบาล ให้การดูแลครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยการใช้กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย การวิเคราะห์ และระบุปัญหา การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล อาศัยความรู้เชิงประจักษ์บูรณาการให้เกิดความรู้เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทันที่สิ่งที่กับอาการที่เปลี่ยนแปลง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย หรือก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งการเฝ้าระวังติดตามประเมินอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การดูแลส่งต่อ และการติดตามอาการต่อเนื่อง

2. ภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นการอักเสบของเนื้อปอดที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะปอดอักเสบจากการติดเชื้อในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งบางครั้งการติดเชื้ออาจรุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจึงควรได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคไว้ก่อน

2.1 สาเหตุภาวะปอดอักเสบ ที่พบได้บ่อยที่สุด โดยเชื้อโรคที่เข้าสู่ปอดและทำให้เกิดการอักเสบของถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ ได้แก่ เชื้อไวรัส เชื้อแบคทีเรีย และเชื้อรา ซึ่งเชื้อที่พบจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ และสภาพแวดล้อมที่เกิดโรค เช่น ได้รับเชื้อจากที่ชุมชนทั่วไป หรือจากภายในโรงพยาบาล

2.2 การวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบได้โดยการซักประวัติ สอบถามอาการโดยเฉพาะอาการไอแบบมีเสมหะ มีไข้ และหายใจหอบในกรณีที่สงสัยว่าเกิดจากการติดเชื้อ ร่วมกับการตรวจร่างกาย เช่น ฟังเสียงปอด และเอกซเรย์ปอด นอกจากนี้ ยังมีการตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคและแยกเชื้อที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ตรวจนับเม็ดเลือดขาวในเลือด เพื่อดูว่ามีการติดเชื้อหรือไม่ แต่ยังไม่สามารถแยกชนิดของเชื้อโรคได้อย่างชัดเจน ตรวจวัดออกซิเจนในเลือด เพื่อดูประสิทธิภาพของปอดในการลำเลียงออกซิเจนเข้าสู่กระแสเลือด ว่าลดลงหรือไม่ ตรวจและเพาะเชื้อจากเสมหะและเลือด เพื่อหาชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค

2.3 การรักษาภาวะปอดอักเสบ จากการติดเชื้อ เป็นการรักษาการติดเชื้อร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยทางเลือกในการรักษาประกอบด้วย 1) การให้ยาปฏิชีวนะ ใช้ในกรณีของการติดเชื้อแบคทีเรีย โดยแพทย์จะเลือกให้ยาปฏิชีวนะตามเชื้อที่คิดว่าเป็นสาเหตุของโรคจากข้อมูลทางคลินิกและทางระบาดวิทยา อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันพบว่าการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างแพร่หลายอาจทำให้เชื้อบางชนิด เช่น *Streptococcus pneumoniae* มีการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น 2) การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ สำหรับผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัส และเชื้ออื่นๆ ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ยาลดไข้ ยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจน และทำกายภาพบำบัดทรวงอก เป็นต้น 3) การรักษาภาวะแทรกซ้อน เป็นกรณีที่พบได้ในกลุ่มเสี่ยง โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียแพร่กระจายจากปอดเข้าสู่กระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะอื่นๆ ติดเชื้อตามไปด้วย บางรายอาจพบฝีในปอด หรือเกิดภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอดที่จำเป็นต้องเจาะหรือดูดออก ในรายที่อาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิตและจำเป็นต้องใส่ท่อเข้าหลอดลมร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1. ความรู้ ด้านศาสตร์และศิลป์ด้านการพยาบาล การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ เช่น กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วย โรคหัวใจล้มเหลว การประเมิน การเฝ้าระวัง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่าย การดูแลส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง

3.2 ความชำนาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ความชำนาญในด้านการบริหาร บริการ วิชาการ การประสานงาน ในหน่วยบริการทางการพยาบาลทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ทั้งงานการพยาบาลผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานควบคุมการติดเชื้อและกลุ่มงานการพยาบาล

2. ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น โรคภาวะหัวใจล้มเหลว โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคติดเชื้อในกระแสเลือด

3. เป็นที่ปรึกษาสนับสนุน ส่งเสริม ควบคุม กำกับ ดูแล ติดตามประเมินผลการดำเนินงานวิชาการ และวิจัยของงานการพยาบาล

4. มีความชำนาญในการจัดการผลลัพธ์ ตัวชี้วัดทางการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับเขตและประเทศ

3.3 ความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. มีความเชี่ยวชาญในด้านบริการพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยทั่วไป และระยะวิกฤต ที่มีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อน รุนแรง และมีความเสี่ยงสูง มีความยุ่งยากซับซ้อนมากยากต่อการตัดสินใจ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมปลอดภัยประสบการณ์ในการนิเทศทางการพยาบาล

2. มีความเชี่ยวชาญการวางแผนนิเทศบุคลากรพยาบาลทุกระดับครอบคลุมทุกหน่วยบริการพยาบาล โดยใช้ความรู้ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลในการเชื่อมโยงมาตรฐานที่เกี่ยวข้องในการนิเทศงาน เพื่อพัฒนาการปฏิบัติและระบบบริการพยาบาลในทุกหน่วยงานให้มีคุณภาพ

3. ความเชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการในหน่วยงาน การวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหา การปฏิบัติงาน การวางแผนทางการแก้ไข้ปัญหา รวมถึงการวางแผนจัดหาแหล่งทุนสนับสนุนแผนงานและโครงการในหน่วยงาน องค์กร

4. ความเชี่ยวชาญด้านการประสานงาน ในการขอความร่วมมือทุกระดับ และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลและคุณภาพบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารความเข้าใจ และสร้างความร่วมมือให้กับผู้ปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในหน่วยงานภายใน และภายนอกหน่วยงาน

5. ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และโรคทางอายุรกรรม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.4 ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาในทางวิชาการที่ยากและซับซ้อนมากตามมาตรฐานวิชาชีพ หลักจริยธรรม จรรยาบรรณ สิทธิผู้ป่วย ที่ต้องใช้องค์ความรู้วิชาการเฉพาะทางนวัตกรรม งานวิจัย ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง

2. ประสบการณ์วางแผน และร่วมดำเนินการวางแผนพัฒนาคุณภาพของทุกหน่วยบริการพยาบาลในงานที่มีความยากและซับซ้อนมาก โดยต้องใช้ความรู้ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ ในการวิเคราะห์ คาดการณ์สถานการณ์แนวโน้มปัญหา และตัดสินใจกำหนดแนวทางแก้ปัญหา พัฒนาเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายหรือผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

3. ประสบการณ์จัดทำแผนยุทธศาสตร์เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและด้านบุคลากรทางการพยาบาล และการถ่ายทอดยุทธศาสตร์ผ่านแผนปฏิบัติการ

4. ประสบการณ์วางแผนติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการระบบวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์และเครื่องมือพิเศษเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย และผลสัมฤทธิ์ที่กำหนด

5. ประสบการณ์วางแผนติดตามการดำเนินงาน ประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผนงาน โครงการงานที่ได้รับมอบหมายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงาน

3.5 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคล ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระบบ ได้นำ แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มไปประยุกต์ใช้ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด ด้วยวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทน 2) ระบบทดแทนบางส่วน ด้วยวิธีการกระทำให้หรือกระทำแทนและการชี้แนะแนวทาง 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธีการสนับสนุน ได้ประยุกต์ แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การดูแลทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ถึงระยะจำหน่ายจนกระทั่งปัญหาในระยะต่างๆ ได้รับการแก้ไขผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถดูแลตนเองได้

2. ทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน แบบแผนด้านสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของกอร์ดอน แบ่งออกเป็น 11 แบบแผน ประกอบด้วย 1) แบบแผนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ 2) แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร 3) แบบแผนด้านการขับถ่าย 4) แบบแผนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย 5) แบบแผนด้านสติปัญญา 6) การรับรู้แบบแผนด้านการพักผ่อนนอนหลับ 7) แบบแผนด้านการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ 8) แบบแผนด้านบทบาทและสัมพันธภาพ 9) แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์ 10) แบบแผนด้านการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด 11) แบบแผนด้านคุณค่าและความเชื่อ (ริชนก คชไกร, 2560) โดยประยุกต์ใช้ในการซักประวัติ การค้นหาปัญหา การวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.5 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

3. ทฤษฎีการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ มีลักษณะที่เสื่อมถอยตามสภาพ และต้องการความช่วยเหลือการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน ผู้สูงอายุมักมีความจำเป็นต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเผชิญ อาจทำให้เกิดภาวะเครียดส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นสังคมควรให้ความช่วยเหลืออุปการะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านสุขภาพ ร่างกาย และจิตใจ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

โรคหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนทางด้านที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ ในผู้สูงอายุในทุกประเทศ ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะที่พบบ่อย (ความชุกเฉลี่ย 1% ของ ประชากร) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปัจจุบันประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มากถึง 170 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะเป็นกลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูง เป็นพิเศษ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากร นอกจากนี้โรคหัวใจล้มเหลว ยังเป็นภาวะที่มีอัตราการตายสูง (เฉลี่ยราว 10% ต่อปี) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และใช้ทรัพยากรของชาติ ในการดูแล รักษาสูงมาก ผู้ป่วยที่ต้องรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล มีระยะเวลานอนเฉลี่ย นานราว 10-20 วัน รวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยร้อยละ 59.9 ของผู้ป่วยที่หลังการวินิจฉัยภาวะนี้แล้ว 5 ปี จะเสียชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งมีความสัมพันธ์มากกับการเกิดอุบัติการณ์และความชุกของภาวะนี้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย รวมถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และครอบครัว ตลอดจนสุขภาพโดยรวม

จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ปี 2564-2566 จำนวน 21, 18 และ 113 ราย ตามลำดับ พบว่าอัตราการป่วย ปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 1.3, 1.16 และ 5.03 ตามลำดับ พบอัตราป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สถิติโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์, 2566) ยังไม่มีอัตราการเสียชีวิต จากสถิติดังกล่าว และจากปัญหาการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาและออกจากโรงพยาบาลจะกลายเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และ หากการดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้อาการกำเริบ บ่อย โดยเฉพาะการเกิดภาวะน้ำคั่ง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ และทักษะในการดูแลให้การพยาบาล ในภาวะวิกฤติเพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยในช่วงภาวะวิกฤต การดูแลต่อเนื่อง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีการส่งเสริมกระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดประสิทธิผล ทั้งในเรื่องการควบคุม อาการกำเริบของ ภาวะหัวใจล้มเหลว การที่ผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิตที่ดี และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นนักศึกษาจึงสนใจศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบร่วมด้วย ดังนั้นนอกจากจะต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีแล้ว พยาบาล จำเป็นต้องพัฒนาทักษะการรวบรวมและสรุปข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตัดสินใจให้การพยาบาล และ คำแนะนำที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การเลือกใช้ เทคนิคการสอนและสื่อการสอนที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้ของ ผู้ป่วย ตลอดจนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีทักษะที่ดีในการพูด การเจรจาต่อรอง เนื่องจากต้องมีการสื่อสารข้อมูลการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมทั้งการสื่อสารข้อมูล การดูแลให้กับ ทีมสุขภาพในหลากหลายสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงการดูแล และการบริหารจัดการทรัพยากรที่จำกัดในบางหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี แรงจูงใจเพิ่มพูน ศักยภาพในการดูแลตนเองให้เกิดประสิทธิผล และให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบ

4.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้ศึกษามีแนวคิด วิธีการ ที่ใช้ในการดำเนินการ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดโรคที่มีความสำคัญ และมีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยวิกฤตผู้ใหญ่ทางอายุรกรรม โดยเลือก ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบและรับรักษาในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสว่าง วีระวงศ์

2. ทบทวน องค์ความรู้ จากเอกสารวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ มาตรฐานการพยาบาล และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

3. ทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะศึกษา วิเคราะห์ความต้องการในการดูแล และวางแผนการดูแลผู้ป่วย ที่คัดเลือก โดยนำความรู้ที่ได้จากการค้นคว้า รวมถึงทฤษฎีและมาตรฐานการดูแลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

4. กำหนดวัตถุประสงค์เป้าหมาย ตัวชี้วัด ในการดูแลผู้ป่วย

5. ศึกษา ค้นคว้ากรอบแนวคิด ทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง

6. คัดเลือกกรอบแนวคิด ทฤษฎี การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน

7. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนที่กำหนด และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะจนผู้ป่วยจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

8. สรุปและรวบรวมข้อมูลจัดทำเอกสารวิชาการ

9. เผยแพร่ผลงานวิชาการ โดยการนำเสนอ ในงานประชุมวิชาการเรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI (The development and professional enhancement in BANI Era) ณ ห้องประชุม ปทุมชาติ ชั้น 3 อาคารกาญจนาภิเษก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี รุ่น 2 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2566

4.4 เป้าหมาย

ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4.5 สรุปกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี วินิจฉัยโรค Congestive Heart Failure with Pneumonia with Atrial fibrillation ได้รับการรักษาพยาบาลจนพ้นภาวะวิกฤต การดูแลต่อเนื่องจนอาการทุเลาลง รวมระยะเวลาอนรรักษา 5 วัน ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลวารินชำราบเป็นแบบผู้ป่วยนอก เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางและติดตามอาการภาวะการเต้นผิดปกติของหัวใจ

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี วินิจฉัยโรค Congestive Heart Failure with Pneumonia ได้รับการดูแลรักษา 1 วัน หายใจหอบมากขึ้นอาการไม่ทุเลา ได้ส่งต่อไปโรงพยาบาลวารินชำราบ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง

กรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงของอาการแสดงนำคือไข้ ไอ หายใจหอบ เพศ อายุ โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เปรียบเทียบกันมีปัญหาเกี่ยวกับอาการรุนแรงระหว่างรักษา รวมทั้งความแตกต่างในเรื่องวิธีการรักษาบางอย่าง จากการติดตามผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบอุบัติการณ์เสียชีวิต

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย

การวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย สามารถสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษารายที่ 1 และ กรณีศึกษารายที่ 2			
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
1. ข้อมูลทั่วไป	ชายไทย อายุ 72 ปี HN 11571 เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่ การศึกษาประถมศึกษา อาชีพทำนา ภูมิลำเนา จังหวัดอุบลราชธานี สิทธิรักษา บัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	ชายไทย อายุ 71 ปี HN 25778 เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส โสด การศึกษาประถมศึกษา อาชีพไม่ได้ทำงาน ภูมิลำเนาจังหวัด อุบลราชธานี สิทธิรักษา บัตรประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	เหมือนกัน วัยผู้สูงอายุ เพศชาย เชื้อชาติ สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ การศึกษาจบชั้น ประถมศึกษา เช่นเดียวกัน สิทธิ การรักษา บัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
2. วันที่เข้ารับการรักษา	วันที่ 13 ตุลาคม 2565 เวลา 21.21 น. ณ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล สว่างวีระวงศ์	วันที่ 6 ธันวาคม 2565 เวลา 16.51 น. ณ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล สว่างวีระวงศ์	รายที่ 1 Admit ช่วงปลายฤดูฝน ต้นฤดูหนาว รายที่ 2 Admit ช่วงฤดูหนาว
3. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	วันที่ 18 ตุลาคม 2565 เวลา 09.00 น. รวมระยะเวลานอน รักษาในรพ. จำนวน 5วัน อาการทุเลา ส่งต่อรพ.วารินชำราบ เป็น OPD Case พบ แพทย์เฉพาะทาง	วันที่ 7 ธันวาคม 2565 เวลา 10.00 น. (1วัน) รวมระยะเวลานอน รักษาในรพ. จำนวน 1 วัน อาการไม่ทุเลา ส่งต่อ รพ.วารินชำราบ	แตกต่างกัน LOS ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล กรณีที่ 1 LOS นานกว่า จำนวน 5วัน มีอาการทุเลาลง อาการ ทุเลา ส่งต่อรพ.วารินชำราบเป็น OPD Case พบแพทย์เฉพาะ ทาง กรณีที่ 2 LOS จำนวน 1วัน อาการไม่ทุเลา ส่งต่อรพ.วาริน ชำราบ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษา รายที่ 1 และ กรณีศึกษา รายที่ 2			
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
4. การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การวินิจฉัยสุดท้าย	Congestive Heart Failure with Pneumonia Congestive Heart Failure with Pneumonia with Atrial fibrillation	Fever cause Congestive Heart Failure with Pneumonia	การวินิจฉัยเบื้องต้นไม่เหมือนกัน การวินิจฉัยสุดท้าย เหมือนกัน ตรงตามอาการและอาการแสดง ไม่เหมือนกัน การวินิจฉัยโรครายที่ 1 มี Atrial fibrillation เพิ่ม
5. อาการสำคัญ	ไข้ ไอ หายใจหอบก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	ไข้ ไอ หายใจหอบ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน	เหมือนกัน
6. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมารพ. ไข้ ไอ หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ บวม ปัสสาวะออกน้อย เหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่ได้รักษาที่ไหน รับประทานอาหารได้น้อย สลบบุหรีวันละ 10 มวน สลบมา 55 ปี ดื่มสุรานานๆครั้ง	5 วันก่อนมารพ. ไข้ ไอ มีเสมหะ ซ้ำยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาแก้ไอ มารับประทานเอง 1 วันก่อนมารพ. ไข้ ไอ หายใจหอบ นอนราบได้ ไม่บวม ไม่มีแน่นหน้าอก ปัสสาวะออกดี เหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย หยุดสลบบุหรีมา 10 ปี ดื่มสุราทุกวันๆละ 1 เบ็ก	แตกต่างกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง รายที่ 1 บวม นอนราบไม่ได้ มีปัจจัยเสี่ยงสลบบุหรีวันละ 10 มวน สลบมา 55 ปี ดื่มสุรานานๆครั้ง รายที่ 2 นอนราบได้ ไม่บวม ปัสสาวะออกดี มีปัจจัยเสี่ยงเคยสลบบุหรี หยุดสลบบุหรีมา 10 ปี ดื่มสุราทุกวันๆละ 1 เบ็ก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษารายที่ 1 และ กรณีศึกษารายที่ 2			
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
7. ประวัติการเจ็บป่วยอดีต	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บด้วยโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพทย์หรือสารต่างๆและการใช้สารเสพติด ไม่เคยได้รับการผ่าตัด	ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บด้วยโรคติดต่อร้ายแรง ปฏิเสธการแพทย์หรือสารต่างๆและการใช้สารเสพติด ไม่เคยได้รับการผ่าตัด มีประวัติทานยาชุด ยาแก้ปวดประจำ	เหมือนกัน ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีการแพทย์หรือสารต่างๆและการใช้สารเสพติด ไม่เคยได้รับการผ่าตัด แตกต่างกัน รายที่ 2 มีประวัติทานยาชุดยาแก้ปวดประจำ
8. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อร้ายแรง และบุคคลอื่นในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง	ในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อร้ายแรง และบุคคลอื่นในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง	ทั้ง 2 ราย ไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อร้ายแรง และบุคคลอื่นในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง
9. การประเมินจิตสังคม	การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจ มีภาวะความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพราะไม่เคยมีอาการมาก่อน	การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อด้านอารมณ์และจิตใจ มีภาวะความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพราะไม่เคยมีอาการมาก่อน	ทั้ง 2 ราย มีภาวะความเครียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเหมือนกัน
10. แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วย หัวใจล้มเหลว (The Minnesota Living Heart Failure)	33 คะแนน	39 คะแนน	ทั้ง 2 ราย มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับต่ำ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษา รายที่ 1 และ กรณีศึกษา รายที่ 2			
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
11. การประเมิน ตรวจร่างกาย	BW 72 kg Height 160 cm. BMI 28.12 kg/m ² BT= 37.6 °C PR= 88-110 bpm, RR= 24-26 bpm, BP=114/72-128/88 mmHg Skin: capillary refill> 20 sec. pitting edema 4+ Eyes: No conjunctiva Chest & Lung: symmetrical chest wall , no retraction, Crepitation both lung Heart : PMI at 5 th ICS , left mid clavicle line , no murmur , normal s1s2 , regular pulse Heart : HR =110/min	BW 79 kg. Height 164 cm. BMI 29.36kg/m ² BT= 39.9 °C PR= 78-86 bpm, RR= 30-40 bpm, BP=122/92- 160/76mmHg Skin: capillary refill< 3 sec. no edema Eyes: No conjunctiva Chest & Lung: symmetrical chest wall, Crepitation both lung Heart : PMI at 5 th ICS , left mid clavicle line , no murmur , normal s1s2 , regular pulse Heart: HR =106/min	ทั้ง 2 ราย BMI โรคอ้วน ระดับที่1 รายที่ 1 มีไข้ต่ำๆ capillary refill> 20 sec. pitting edema 4+Crepitation both lung รายที่ 2 มีไข้สูง capillary refill< 3 sec. no edema Crepitation both lung

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษารายที่ 1 และ กรณีศึกษารายที่ 2			
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
12. การตรวจประเมิน CXR	Cardiomegaly Mild congestion infiltration RLL	Cardiomegaly Mild congestion infiltration RLL	ทั้ง 2 ราย เหมือนกัน มีภาวะ Cardiomegaly Mild congestion infiltration RLL มีการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (Investigation) กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับ การส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตั้งแต่แรกรับ รายที่ 1 ได้รับการรักษา ที่รวดเร็ว กว่า รายที่ 2
13. การตรวจประเมินคลื่นหัวใจ (EKG)	พบภาวะ AF	ไม่ได้ตรวจ	กรณีศึกษา รายที่ 1 ตรวจ EKG พบมีภาวะ AF ส่วนรายที่ 2 ไม่ได้ตรวจวินิจฉัยเพิ่ม
14. การรักษา Order for one day	13 ต.ค 65 - On HL, CXR, EKG Foley cath - On O2 mask with bag Keep O2 ≥ 96, RR < 35 - Lasix 40 mg iv ทุก 8 hrs. + stat - CBC, BUN, Cr, E.lyte, LFT, Top-T, DTX - Berodual 1 NB x 3 dose then 1 NB ทุก 4 hr.	6 ต.ค 65 - 0.9% NSS 1,000 cc iv 40 cc/hr - CBC, Cr, E.lyte, UA CXR - E.KCL 30 ml ● stat On O2 cannular - Berodual 1:3 NB x ทุก 15 นาที X 3 dose then 1 NB ทุก 4 hr. Off iv - Lasix 40 mg iv - Foley cath	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายให้การรักษา ใกล้เคียงกัน แต่ต่างกันที่ กรณีศึกษารายที่ 1 มีการรักษา ปฏิบัติตาม CPG ดูแลรักษา รวดเร็ว มีการดูแลให้การ พยาบาลแบบองค์รวมและมีการ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ กรณีศึกษารายที่ 2 การรักษา ปฏิบัติ ตาม CPG ยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ได้รับการ ส่งต่อ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษารายที่ 1 และ กรณีศึกษารายที่ 2			
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
Oder for one day	- E.KCL 30 ml ๑ ทุก 3 hr.x2 - E. lyte พรงุ่นเช้า 14 ต.ค 65 - On O2 mask with bag Keep O2 \geq 96, RR<35 - Lasix 40 mg iv ทุก 8 hrs. Hold if urine ได้ 2,000 cc - Berodual 1 NB ทุก 6 hr. 15 ต.ค 65 On O2 cannular - Lasix 40 mg iv ทุก 8 hrs. Hold if urine ได้ 2,000 cc - Berodual 1 NB ทุก 8 hr. - CXR 16 ต.ค 65 - On O2 cannular - Lasix 40 mg iv OD - Berodual 1 NB ทุก 12 hr 17 ต.ค 65 - On O2 cannular - Berodual 1 NB ทุก 12 hr. - CXR	7 ธ.ค 65 08.30 น. - Lasix 20 mg iv เช้า นี้ - CXR - Electrolyte - On O2 12.00 น. - Refer รพ.วารินชำราบ - On O2 mask with bag	

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษารายที่ 1 และ กรณีศึกษารายที่ 2			
ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	วิเคราะห์เปรียบเทียบ
	18 ต.ค 65 - D/C, off foley cath F/U 2 wk + EKG, - CXR, E.lyte - Refer รพ.วารินา OPD case แนบ LAB,CXR,EKG - Augmentin1x3๑ pc - Roxitromycin 1x2๑ ac - Lasix (40) 1x1๑ pc - Metoprolol (100) ¼ x1๑ pc		
Oder for continuation	13 ต.ค 65 Regular diet V/S, I/O, Restrict oral Fluid 600 cc/day - Cef-3 2 gms iv OD - Clindamycin 600 mg iv ทุก 8 hr.+stat - Paracetamol (500) 2 tab x prn - NAC 1x3๑ pc - Roxitromycin1x2๑ ac - Lasix (40) 1x2๑ pc	6 ธ.ค 65 Regular diet V/S, I/O - Paracetamol (500) 2 tab xprn - GG 1x3๑ pc CPM 1x3๑ pc - Roxitromycin 1x2๑ ac - Ozel (75) 1x2๑ pc - Cef-3 2 gm iv OD	

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษา 2 ราย สามารถสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีรายที่ 1		กรณีรายที่ 2	แปลผล/ เปรียบเทียบ
		13 ก.ค.65	14 ก.ค.66	6 ธ.ค.65	
BUN	7.8-20 mg/dL	9		16	ปกติทั้ง 2 ราย
Cr	0.8-1.3	0.78		0.92	ปกติทั้ง 2 ราย
eGFR	>60	90.18		83.38	ผิดปกติ ทั้ง 2 ราย รายที่ 1 CKD stage 1 รายที่ 2 CKD stage 2
Hb	12.7-16.9	12.5		12.9	รายที่ 1 ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย
Hct	41-50	38		39	ต่ำกว่าปกติเล็กน้อย
wbc	4,500-10,000	11,430		18,890	สูง มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
Plt	140,000-400,000	179,000		213,000	ปกติทั้ง 2 ราย
N	40-73	77		89	ทั้ง 2 ราย มีค่าสูงมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
Lymp	19-48	11		11	
Eo	0-9	7			
Mono	3-12	5			
Troponin T	< 40	< 40		ไม่ได้ตรวจ	รายที่ 1 ตรวจ Troponin T ปกติ รายที่ 2 ไม่ได้ตรวจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.6 การเปรียบเทียบกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย (ต่อ)

การวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการกรณีศึกษา 2 ราย สามารถสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีรายที่ 1		กรณีรายที่ 2	แปลผล/ เปรียบเทียบ
		13 ก.ค.65	14 ก.ค.66	6 ธ.ค.65	
Electrolyte : K	3,4-4,5 mmol/L	2.71	3.89	3.16	ต่ำเหมือนกันมี ภาวะ Hypokalemia
Chloride	97-107mmol/L	98.2	93.6	96.8	ต่ำกว่าปกติ ทั้ง 2 ราย
CO2	20-31 mmol/L	22.5	27.1	31.9	ปกติทั้ง 2 ราย
Na	135-145	137.7	136	136.7	ปกติทั้ง 2 ราย
LFT direcBillirubin	0-0.3	0.53		ไม่ได้ตรวจ	รายที่ 1ปกติ
SAR	Negative			ไม่ได้ตรวจ	รายที่ 1ปกติ

จากข้อมูลการวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย ข้างต้น ผู้ศึกษาได้นำเสนอถึงข้อมูลทั่วไป วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น การวินิจฉัยโรคสุดท้าย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การประเมินจิตสังคม แบบสอบถามวิถีชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (The Minnesota Living Heart Failure) ผลการตรวจร่างกาย การรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมมีภาวะปอดอักเสบ รวมถึงระยะความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยแตกต่างกัน ในการรวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพรวมถึงปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลต่อสถานะสุขภาพจึงต้องมีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็น แบบแผน เพื่อนำมาประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เพื่อนำมากำหนดและวางแผนออกแบบการพยาบาล ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ในการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ผู้ศึกษาจึงมีการใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เป็นการใช้เครื่องมือในการรวบรวมปัญหาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบ ซึ่งทั้ง 2 ราย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ และนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบตามทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวข้องแล้วนำมากำหนดเป็นปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การออกแบบการพยาบาล และใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การประเมินผลลัพธ์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังจะเห็นได้จากการนำเสนอตารางเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษารายที่ 1 และ รายที่ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>รู้ตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารต่างๆและการใช้สารเสพติด ไม่เคยได้รับการผ่าตัด</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ระบุว่าหมอบอกว่าตัวเองเป็นโรคหัวใจล้มเหลวและมีปวดบวม คิดว่าตนเองมีอาการหนัก เพราะไม่เคยมีอาการอย่างนี้ มาก่อน และไม่เคยเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <p>มีไข้ ไอ หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ บวม ปัสสาวะออกน้อย เหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่ได้รักษาที่ไหน รับประทานอาหารได้น้อย สูบบุหรี่วันละ 10 มวน สูบมา 55 ปี ดื่มสุรานานๆครั้ง</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>รู้ตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารต่างๆและการใช้สารเสพติด ไม่เคยได้รับการผ่าตัด</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรู้สึกตัวเองดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ระบุว่าหมอบอกว่าตัวเองเป็นโรคหัวใจล้มเหลว 5 วันก่อนมารพ. มีไข้ ไอ มีเสมหะ ซ้ำยาปฏิชีวนะ ยาลดไข้ ยาแก้ไอ มารับประทานเอง หายใจหอบ นอนราบได้ ไม่บวม ไม่มีแน่นหน้าอก ปัสสาวะออกดี เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย หยุดสูบบุหรี่มา 10 ปี ดื่มสุราทุกวันๆละ 1 เป๊ก</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 มีปัญหาในแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพที่เหมือนกันในประเด็นเป็นผู้สูงอายุ สามารถนำมาสรุปเป็นปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ 3 ระยะ คือ ระยะแรก รับ ระยะต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย</p> <p>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ระยะแรกรับ</p> <p>1. ปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ลดลงเนื่องจากการลดลงของปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้งอันเป็นผลจากการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
<p>ระยะแรกเริ่ม จากการสังเกตและตรวจร่างกาย BW 72 kg. Height 160 cm. BMI 28.12 kg/m²</p> <p>BT= 37.6 °C, PR= 88-110 bpm, RR= 24-26 bpm, BP=114/72-128/88 mmHg</p> <p>Skin : capillary refill > 20 sec. pitting edema 4+</p> <p>Eyes : No conjunctiva.</p> <p>Chest & Lung: symmetrical chest wall , no retraction, Crepitation both lung.</p> <p>Heart : PMI at 5 th ICS , left mid clavicle line , no murmur , normal s1s2 , regular pulse.</p> <p>Heart : HR =110/min</p>	<p>ระยะแรกเริ่ม จากการสังเกตและตรวจร่างกาย BW 79 kg. Height 164 cm. BMI 29.36kg/m²</p> <p>BT= 39.9 °C, PR= 78-86 bpm, RR= 30-40 bpm, BP=122/92-160/76mmHg,</p> <p>Skin : capillary refill < 3 sec. no edema</p> <p>Eyes : No conjunctiva.</p> <p>Chest & Lung: symmetrical chest wall, Crepitation both lung</p> <p>Heart : PMI at 5 th ICS , left mid clavicle line , no murmur , normal s1s2 , regular pulse.</p> <p>Heart : HR =106/min</p>	<p>2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง</p> <p>3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากหัวใจสูบฉีดโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>4. เสี่ยงต่อการเกิด Embolic stroke เนื่องจากมีภาวะ AF</p> <p>5. มีภาวะโพแทสเซียมเซียมในร่างกายต่ำ</p> <p><u>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ระยะต่อเนื่อง</u></p> <p>1. ปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ลดลงเนื่องจากการลดลงของปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้งอันเป็นผลจากการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ</p> <p>2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง</p> <p>3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากหัวใจสูบฉีดโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
		<p>4. เสี่ยงต่อการเกิด Embolic stroke เนื่องจากมีภาวะ AF</p> <p>5. มีภาวะโพแทสเซียมเซียมในร่างกายต่ำ</p> <p>6. มีการติดเชื้ของระบบทางเดินหายใจ</p> <p>7. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการไอเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอกจากภาวะน้ำเกิน</p> <p>8. มีภาวะโพแทสเซียมเซียมในร่างกายต่ำ</p> <p>9. เสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย</p> <p>10. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 1 ระยะก่อนจำหน่าย</p> <p>1. 1. มีความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-OD-P ไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเองได้</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผน สุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
		<p>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา รายที่ 2 ระยะแรกรับ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ลดลงเนื่องจากการลดลงของปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้งอันเป็นผลจากการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง 3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากหัวใจสูบฉีดโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ <p>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา รายที่ 2 ระยะต่อเนื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ลดลงเนื่องจากการลดลงของปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้งอันเป็นผลจากการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง 3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากหัวใจสูบฉีดโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
1. แบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพ		
		<p>4.มีการติดเชื้ของระบบทางเดินหายใจ</p> <p>5. มีภาวะโพแทสเซียมเซียมในร่างกายต่ำ</p> <p>6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>สรุปปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษารายที่ 2 ระยะจำหน่าย/ส่งต่อ</p> <p>1. ปริมาณเลือดที่ส่งออกต่อนาทีลดลงเนื่องจากการลดลงของปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้งอันเป็นผลจากการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจผิดปกติ</p> <p>2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง</p> <p>3. มีภาวะน้ำเกินเนื่องจากหัวใจสูบฉีดโลหิตไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>4. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
2. แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีเบื่ออาหารกลืนลำบาก ที่ผ่านมามีน้ำหนักลด: รับประทานอาหารที่บ้านส่วนมากทานข้าวเหนียว บางครั้งปรุงกินเอง บางครั้งสั่งร้านขายอาหารตามสั่ง ช้างบ้านรับประทานชอบทานอาหารมันไม่จำกัดอาหารรสเค็ม ปรุงอาหารใส่ผงชูรสตามปกติ ไม่ทานอาหารสุกๆดิบๆ</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าอยู่ที่บ้าน รับประทานอาหาร 3 บางครั้งญาติเอากับข้าวมาส่ง ต่อมาน้ำหลัง รับประทานอาหารทุกครั้ง ครั้งละประมาณ 100-200 cc วันละไม่เกิน 1000 cc ต่อวัน (จำกัดน้ำดื่มไม่เกินวันละ 1000cc)</p> <p>- ไม่มีอาการท้องอืด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน</p> <p>- ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ บวม ปัสสาวะออกน้อย เหนื่อย แน่น หน้าอก</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่มีเบื่ออาหารไม่มีกลืนลำบาก ที่ผ่านมามีน้ำหนักลด</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้ ไม่ได้ Retain NG ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าอยู่ที่บ้าน เหนื่อยหอบ</p> <p>- ผู้ป่วยบอกว่า มีไข้ ไอ หายใจหอบ นอนราบได้ ไม่บวม ไม่มีแน่นหน้าอก ปัสสาวะออกดี เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย</p> <p>ปัญหาในแบบแผนนี้</p> <p>BMI เกิน BMI โรคร่วมระดับที่ 1</p> <p>กรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการบวม ลดลง BW จาก 72 kg ลดลง 67 kg หลังได้รับยา Lasix 40 mg iv 8 hrs x 3 วัน</p> <p>อาการไอ หายใจหอบ ลดลง ช่วงวันที่ 1-2 RR= 26-30 ครั้ง/นาที ช่วงวันที่ 3-5 RR= 20-22 ครั้ง/นาที ปริมาณสารน้ำเข้าออกสมดุล I=800-1,000 ccc/ day O=2,000-2,200 cc/ Day Electrolyte แรกรับ 2.7 หลังได้รักษา</p> <p>รายที่ 2 BW 79 kg ไม่ลดลง ไม่บวม ยังมีหายใจหอบเพิ่มขึ้น เสียง Crepitation ที่ชายปอดทั้ง 2 ข้าง ได้รับยา Lasix 40 mg iv 2 dose ดูแลให้ On O2 mask + bag ส่งต่อไปรพ.วารินชำราบ</p> <p>เหมือนกัน CXR : ทั้ง 2 รายมี Cardiomegaly Mild congestion infiltration RLL</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
3. การขับถ่าย		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการขับถ่ายปัสสาวะตามปกติ กลางวันวันละ 3-4 ครั้ง กลางคืน 2-3 ครั้ง ไม่เคยมีอาการปัสสาวะแสบขัด หรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีประวัติเป็นโรคสีตดวงทวารหรือถ่ายมีมูกเลือดปน ถ่ายอุจจาระวันละ 1-2 ครั้ง</p> <p>ขณะเจ็บป่วย -บวมทั้งตัว ปัสสาวะออกน้อย เป็นมา 1 วัน</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการขับถ่ายปัสสาวะตามปกติ กลางวันวันละ 3-4 ครั้ง กลางคืน 1-2 ครั้ง ไม่เคยมีอาการปัสสาวะแสบขัด หรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีประวัติเป็นโรคสีตดวงทวารหรือถ่ายมีมูกเลือดปน ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง</p> <p>ขณะเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการขับถ่ายปัสสาวะตามปกติ กลางวันวันละ 3-4 ครั้ง กลางคืน 1-2 ครั้ง</p>	<p>รายที่ 1 บวม นอนราบไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อย</p> <p>รายที่ 2 นอนราบได้ ไม่บวม ปัสสาวะออกดี</p>
4. แบบแผนกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำกับข้าวได้เอง ล้างถ้วยชาม ซักผ้าเอง แข็งแรงดีทำกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่สามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้เอง เหนื่อย หอบ แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้ ญาติและพยาบาลช่วยกิจวัตรประจำวันให้คนเดียวเช่น เช็ดตัว ผู้ป่วยพลิกตะแคงเองได้</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ แข็งแรงดีทำกิจวัตรประจำวันได้</p> <p>ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ลุกนั่งคนเดียว ไม่สามารถลุกเดินเข้าห้องน้ำได้เอง เหนื่อย หายใจหอบ ญาติและพยาบาลช่วยกิจวัตรประจำวันให้คนเดียวบางอย่างเช่น เช็ดตัว ผู้ป่วยพลิกตะแคงเองได้</p>	<p>ทั้ง 2 ราย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ญาติและพยาบาลช่วยกิจวัตรประจำวันให้คนเดียวบางอย่างเช่น เช็ดตัว ผู้ป่วยพลิกตะแคงเองได้</p> <p>รายที่ 1 มีอาการบวม 4+ เหนื่อย หอบ แน่นหน้าอก นอนราบไม่ได้</p> <p>รายที่ 2 ไม่มีอาการบวม อาการไม่ทุเลาลง ยังมีหายใจหอบเพิ่มขึ้น</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
5. แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>ปกตินอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง</p> <p>เข้านอนเวลา 21.00-22.00น. ตื่นนอน ประมาณ 05.00 น.ไม่เคยใช้ยานอนหลับ บางวันต้องตื่นเข้าห้องน้ำ 2-3 ครั้ง</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยนอนหลับได้ครั้งละ 1-2 ชั่วโมงบอกว่าลุกปัสสาวะบ่อย 2- 4 ครั้ง</p> <p>- ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับ เหนื่อย หอบ กลัวไม่หายกลัวตาย เพราะคิดว่าตนเองอาการหนัก ไม่เคยเป็นมาก่อน</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>ปกตินอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง</p> <p>เข้านอนเวลา 20.00-21.00น. ตื่นนอน ประมาณ 05.30 น.ไม่เคยใช้ยานอนหลับ บางวันต้องตื่นเข้าห้องน้ำ 1-2 ครั้ง</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับได้ หลับไม่สนิท เหนื่อย หอบ บอกว่าลุกปัสสาวะบ่อย 3- 4 ครั้ง</p> <p>- ผู้ป่วยบอกว่านอนไม่หลับ กลัวไม่หาย</p>	<p>ทั้ง 2 กรณีศึกษามีปัญหาในแบบแผนการนอนหลับ</p> <p>เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะวิกฤตของโรค ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับตอนกลางคืน แต่ไม่มีภาวะ Delirium</p>
6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>รับรู้วันเวลา สถานที่ แยกแยะสีได้</p> <p>การดมกลิ่นปกติ พูดคุยรู้เรื่อง การได้ยินปกติ สามารถแยกแยะสิ่งของได้ภรรยา เป็นผู้ดูแลตัดสินใจในการรักษา</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>รู้สึกตัวดีE4V5M6 รับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลาได้</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>รับรู้วันเวลา สถานที่ แยกแยะสีได้</p> <p>การดมกลิ่นปกติ พูดคุยรู้เรื่อง การได้ยินปกติ สามารถแยกแยะสิ่งของได้น้องชาย เป็นผู้ดูแลตัดสินใจในการรักษา</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>รู้สึกตัวดีE4V5M6 รับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลาได้</p>	<p>ทั้ง 2 กรณีศึกษา ไม่มีปัญหาในแบบแผนนี้</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>การรับรู้ทศคุณรู้เรื่อง เป็นคนใจดี สนุกสนาน ร่าเริง มีคุณค่า ความภูมิใจในตัวเอง</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยและญาติ มีความต้องการในการฟื้นฟูสุขภาพจากโรค</p> <p>เข้าใจอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>เป็น คนใจดี ไม่ว่าร้ายใคร ไม่มี ซึมเศร้า ชอบสนุกเฮฮา</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยและญาติ มีความต้องการในการฟื้นฟู ต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้ รับประทานเข้าใจอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิต</p>	<p>ทั้ง 2 กรณีศึกษา ไม่มีปัญหาในแบบแผนนี้</p> <p>มีการรับรู้สุขภาพ และรับรู้ตนเอง สามารถปรับตัวได้ รับรู้อัตมโนทัศน์ต่อบุคลิกลักษณะของตนเอง และการเจ็บป่วย สามารถยอมรับได้ ไม่ท้อแท้ เข้าใจภาวะธรรมชาติที่เกิดขึ้น</p>
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>อยู่กับภรรยา มีลูกชาย 2 คน แต่งงานแล้ว ทำงานที่ต่างจังหวัด ทุกคนรักใคร่กันดี</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>มีภรรยาเฝ้าดูแล มีกำลังใจดีจากบุตรชายคนโตและญาติ มาเยี่ยมให้กำลังใจพอสมควร</p> <p>เพราะผู้ป่วยเป็นที่รู้จักในพื้นที่ ผู้ป่วยสื่อสารได้ปกติไม่มีอุปสรรคในการสื่อสารอัยาศัยดีกับบุคคลรอบข้างและเจ้าหน้าที่ ยังเหนื่อยหอบ ช่วง 2-3 วันแรก</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>อาศัยอยู่กับน้องชาย มีพี่น้อง 3 คน ผู้ป่วยเป็นคนโต ทุกคนรักใคร่กันดี</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>มีน้องชาย ดูแล มีญาติ เพื่อนบ้าน มาเยี่ยม อัยาศัยดีกับบุคคลรอบข้าง และเจ้าหน้าที่</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ไม่มีปัญหาในแบบแผน บทบาทและสัมพันธภาพ</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบข้อมูล กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน		
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์/เปรียบเทียบ
9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์		
<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์</p> <p>ไม่มีหนอง ไม่มีต่อมลูกหมากโต ไม่มีไส้เลื่อน พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศ</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>	<p>ก่อนการเจ็บป่วย</p> <p>ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์</p> <p>ไม่มีหนอง ไม่มีต่อมลูกหมากโต ไม่มีไส้เลื่อน พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศ</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ไม่มีปัญหาในด้านนี้</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ไม่มีปัญหาในแบบแผน เพศและการเจริญพันธุ์</p>
10. แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด		
<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>ในภาวะปกติและการเจ็บป่วยมีการปรับตัวได้ ภรรยาและลูกๆ ช่วยคิดตัดสินใจ ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ได้วางแผนต่อการเผชิญความเจ็บป่วย มีวิตกกังต่อการเจ็บป่วย ผู้ป่วยกลัวไม่หายจากโรค และไม่ทราบการปฏิบัติตัว</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>ในภาวะปกติและการเจ็บป่วยมีการปรับตัวได้ มีน้องชายช่วยดูแล</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเมื่อมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 มีปัญหาในแบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด ในเรื่องความวิตกกังวล ต่อการเจ็บป่วย เนื่องจากไม่เคยมีโรคประจำตัว และไม่เคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล</p>
11. แบบแผนความเชื่อ		
<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>นับถือศาสนาพุทธ กราบไหว้ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ไปทำบุญที่วัดในวันพระ สวดมนต์ทุกวัน</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>ญาติ และพยาบาล เปิดธรรมะให้ฟัง และทำสมาธิบำบัด</p>	<p>ก่อนเจ็บป่วย</p> <p>นับถือศาสนาพุทธ</p> <p>กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ</p> <p>ขณะเจ็บป่วย</p> <p>พยาบาล เปิดธรรมะให้ฟัง และทำสมาธิบำบัด</p>	<p>กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ไม่มีปัญหาในแบบแผนความเชื่อ ทั้งก่อนเจ็บป่วย และขณะเจ็บป่วย โดยมีค่านิยมและความเชื่อไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล</p>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
1. จำนวนผู้ป่วย CHF	-	18 ราย	113 ราย
2. จำนวนวันนอนผู้ป่วย CHF	-	49	327
3. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย CHF	0%	0%	0%
4. อัตราการ re-admit	<5%	0%	9.6% (6 ราย)
5. อัตราป่วย CHF	-	1.16	5.02
6. อัตราการส่งต่อ	<5%	7.7% (2 ราย)	10.61% (12 ราย)

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยได้รับดูแลตามมาตรฐานของกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process)
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม
3. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เรื่องโรค และการวินิจฉัยของแพทย์ สามารถปรับตัวต่อภาวะวิกฤต ยอมรับการรักษาให้ความร่วมมือในการรักษา สามารถปฏิบัติและดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา การดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
4. อัตราความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ $\geq 80\%$

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 ด้านบริหาร เป็นคู่มือและมาตรฐานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบของหน่วยงาน และ ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบที่เป็นผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

6.2 ด้านบริการ เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลโดยการใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และครอบครัวในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะปอดอักเสบ ที่อยู่ในภาวะวิกฤต และมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ ผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการ พยาบาลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 ด้านวิชาการ ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยให้กับนักศึกษาพยาบาล บุคลากรทางการพยาบาล ได้ศึกษาค้นคว้า เป็นเอกสารวิชาการสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมถึงใช้เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยใน และ นำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและมาตรฐานการพยาบาลต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 การกำหนดนโยบาย และแนวทางปฏิบัติร่วมกันในองค์กรด้านสมรรถนะบุคลากร และความแตกต่างของบริบทการทำงานในแต่ละหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ทำให้การควบคุมกำกับเพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลในทิศทางเดียวกันเป็นไปได้ยาก

7.2 ด้านการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านเฉพาะสาขา เพื่อให้สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ต้องใช้ความรู้ และทักษะในการพยาบาลเพื่อค้นหา วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลทั้งในการป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยต้องใช้ประสบการณ์การดูแลที่ต้องสั่งสมความชำนาญ

7.3 การประสานงานและขอความร่วมมือแพทย์ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาดูแล เฝ้าระวังอาการผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ แต่ผู้ป่วยบางรายยังได้รับการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลทำให้เกิดอัตรา re-admit และการส่งต่อเพิ่มมากขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวของบุคลากร บุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่อายุการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ควรมีการพัฒนาระบบการกำกับ นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล และมีการจัดการอบรมวิชาการเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะการพยาบาล

8.2 การให้คำแนะนำ และการสื่อสารให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบข้อมูลเป็นระยะเพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยจนสามารถให้การรักษาพยาบาลพื้นหายจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ด้านบริหาร 1) ควรมีการกำกับส่งเสริมให้พยาบาลบันทึกการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง ที่เปลี่ยนแปลง และใช้ความรู้ทางทฤษฎีกระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล แบบองค์รวม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพมาตรฐานการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพ ของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น 2) ควรมีการศึกษาทบทวน และฝึกทักษะการประเมิน การให้การช่วยเหลือในระยะวิกฤตของภาวะโรคหัวใจล้มเหลว การส่งต่อ การวางแผนปฏิบัติการดูแลให้ชัดเจน เพื่อลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

9.2 ด้านบริการ ควรมีการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวตั้งแต่แรกรับเชื่อมโยงถึงชุมชน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

9.3 ด้านวิชาการ ควรมีการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลหรือทฤษฎี แนวคิดทางการพยาบาลเพื่อการสร้างคุณภาพทางการพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

1. นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BAN!” “The Development and Professional Enhancement in BAN! Era” ประเภทการนำเสนอผลงานวิชาการ ด้วยวาจา (Oral Presentation) ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 2 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางประไพ เผ่าภูรี สัดส่วนผลงาน คิดเป็น ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นางประไพ เผ่าภูรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

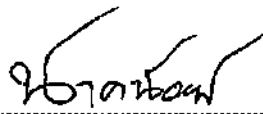
(วันที่) 11 / ๑๑ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางประไพ เฝ้าฤทธิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

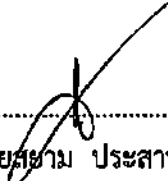
(นางสาวนาคน้อย นนทวิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) 11 / 11 / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสยาม ประสานพิมพ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

(วันที่) 11 / 11 / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการใช้สมมติบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว
2. หลักการและเหตุผล

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนทางด้านที่มีการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญในผู้สูงอายุในทุกประเทศภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังเป็นภาวะที่พบบ่อย (ความชุกเฉลี่ย 1% ของ ประชากร) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปัจจุบันประมาณว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มากถึง 170 ล้านคนทั่วโลก และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะเป็นกลุ่มประเทศที่มีอุบัติการณ์เพิ่มสูง เป็นพิเศษ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากร นอกจากนี้โรคหัวใจล้มเหลว ยังเป็นภาวะที่มีอัตราตายสูง (เฉลี่ยราว 10% ต่อปี) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง และใช้ทรัพยากรของชาติในการดูแล รักษาสูงมาก ผู้ป่วยที่ต้องรับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล มีระยะเวลารอดเฉลี่ยนานราว 10-20 วันรวมถึงประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยร้อยละ 59.9 ของผู้ป่วยที่หลังการวินิจฉัยภาวะนี้แล้ว 5 ปี จะเสียชีวิต ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งมีความสัมพันธ์มากกับการเกิดอุบัติการณ์และความชุกของภาวะนี้ ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย รวมถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนสุขภาพโดยรวม ที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ยังพบอัตราการป่วยด้วยภาวะโรคหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ปี 2564-2566 อัตราป่วย 1.3, 1.16 และ 5.03 ตามลำดับ

ความเครียด ความกลัว ความกังวล ความเสียใจ และความแปรปรวนของอารมณ์จะส่งผลเสียต่อร่างกาย กระทบต่อระบบฮอร์โมน ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง หัวใจเต้นเร็วและแรง เส้นเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจตีบเล็กลง ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ปริมาณน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ลำไส้ทำงานได้น้อยลง ระบบภูมิคุ้มกันลดลง และความเครียดยังเป็นสาเหตุสำคัญของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงร้อยละ ๔๐ ภาวะความเครียดส่งผลเสียต่อร่างกาย ทั้งภาวะแบบเฉียบพลัน และภาวะเรื้อรัง การรู้ทันความเครียด หรือผลเสียของความเครียดสะสม ก็เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยป้องกันการเกิดโรคภัยต่างๆ ให้กับร่างกายได้ เมื่อเกิดความเครียดร่างกายจะหลั่งสารอะดรีนาลีน และคอร์ติซอลออกมา ซึ่งสารอะดรีนาลีนส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ส่วนสารคอร์ติซอลมีผลทำให้ร่างกายผลิตน้ำตาลเพิ่มขึ้น และตับผลิตคอเรสเตอรอลเพิ่มขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลเสียต่อหลอดเลือดหัวใจทั้งแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ซึ่งก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้

การช่วยให้ผู้ป่วยลดความกังวล ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยตรงซึ่งทำได้ง่ายด้วยการให้ psychological support เช่น การพูดคุย ให้ความเป็นกันเอง อธิบายสิ่งต่างๆ ในแง่ดีเชิงบวกให้ความหวัง กำลังใจ และที่สำคัญการควบคุมเฟียร์ระวังขณะที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายในระดับที่เพิ่มขึ้น ช่วยลดความเครียดได้ จะเห็นได้ว่าพื้นฐานทางด้านจิตใจและบุคลิกภาพหลายๆอย่าง ล้วนแล้วแต่มีผลส่งต่อการเกิด

โรคหัวใจ การลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจลงต้องบริหารจัดการกับความเครียดนั้นให้หมดไปเร็วที่สุด ไม่ว่าจะ เป็นด้วยการนั่งสมาธิ ผิกจิตใจให้สงบ ผ่อนคลายจิตใจ ปรับจิตใจตนเอง ออกกำลังกาย โดยเฉพาะการนั่งสมาธิ ถือได้ว่าเป็นการผ่อนคลายความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะทำให้จิตใจสงบนิ่ง ปลอดภัยจากความคิดที่ฟุ้งซ่าน วิตกกังวล หรืออารมณ์ด้านลบทั้งหลาย แต่มีสติรับรู้เท่าทันเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่มากระทบอยู่ตลอดเวลา

ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ต้องมีทักษะในการพัฒนางาน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ผ่อนคลายความเครียด และลดภาวะซึมเศร้าให้น้อยลง โครงการสมาธิบำบัด เป็นส่วน หนึ่งของนโยบายเมืองไทยแข็งแรงกระทรวงสาธารณสุขที่จะส่งเสริมและฟื้นฟูภาวะสุขภาพของผู้ป่วย พบว่ามี โรงพยาบาลหลายแห่งนำโปรแกรมการสมาธิบำบัด มาใช้ร่วมกันกับการรักษาผู้ป่วยซึ่งเข้านอนพักรักษา ในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ได้เริ่มโครงการสวดมนต์บูชาพระรัตนตรัย และเจริญสมาธิของเจ้าหน้าที่ก่อนการ ปฏิบัติงานในช่วงเช้า พยาบาลงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ได้เชิญชวนผู้ป่วยและญาติ สวดมนต์และทำสมาธิ ร่วมกัน ผู้ศึกษาจึงความสนใจในพัฒนาโครงการสมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีความสามารถในการ ทำกิจกรรมในระดับ 1 เป็นการนำร่อง เพื่อขยายผลการปฏิบัติงานไปสู่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองโดยไม่มี ความยุ่งยากซับซ้อน และไม่สิ้นเปลืองทรัพยากร และยังเป็น การสร้างความมั่นใจในตนเองเพื่อให้เกิดแรงจูงใจระยะยาวโดยไม่ล้มเลิกความพยายามในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

2.1 วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้สมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่งานการพยาบาล ผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

2.2 เป้าหมาย

1. งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาตัวในงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสว่าง วีระวงศ์

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จิตใจมีผลต่อโรคทางกายมากมาย อย่างที่กล่าวไว้ว่า "จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว" ซึ่งโรคหัวใจ ก็ดูเหมือน จะเป็นโรคทางกายอีกโรคหนึ่ง ที่เป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากจิตใจเช่นเดียวกัน ไม่เพียงเท่านั้น เมื่อเป็น โรคนี้แล้ว กลับมีผลส่งย้อนมาสู่จิตใจอีกด้วย จึงเป็นเสมือนปฏิกิริยาสะท้อน ที่เกิดขึ้นระหว่างจิตใจกับ โรคหัวใจ ซึ่งได้แยก รายละเอียดออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : พื้นฐานด้านจิตใจ และบุคลิกภาพ ที่ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ พบว่าโรคหัวใจ แต่ละประเภท จะมีความเกี่ยวข้องกับพื้นฐานทางด้านจิตใจ แต่เดิม และบุคลิกภาพของ ผู้ป่วยแต่ละคน แตกต่างกันไป อาทิเช่น

- โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ หรืออุดตัน จะพบมากในคนที่มักมีบุคลิกภาพก้าวร้าว ย้ำทำ สะเอียดละออง ขาดความอดทน อารมณ์ไม่แน่นอน และโกรธง่ายเมื่อมีความเครียด หรือเรียกอีกอย่างก็คือ พวกที่ชอบ สร้างความเครียดให้กับตนเอง
- โรคความดันโลหิตสูง มักจะเกิดกับคนที่ชอบแสดงอารมณ์ออกมาอย่างรุนแรง โดยที่ไม่สามารถควบคุมได้ จะมีอารมณ์ที่มากกว่า การโกรธทุกๆ ไป อย่างเช่น กรีดร้อง หรืออีกนัยหนึ่ง ก็คือ พวกโมโห ร้าย นั่นเอง
- โรคหัวใจล้มเหลว จะเกิดขึ้นได้บ่อยในพวกที่มักได้รับความกดดันจากสภาพภายนอก ไม่ว่าจะ เป็น สิ่งแวดล้อม สังคม ครอบครัว การทำงาน ฯลฯ จนเกิดเป็นความเครียด หรือแม้แต่ในคนที่มักมีปมขัดแย้ง ในจิตใจ อันเนื่องมาจากปัญหาในอดีต ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ คุกรุ่นอยู่ภายในใจ เกิดเป็นความเครียด สะสมไว้เป็น เวลานาน จนในที่สุดจึงแสดงออกมาเป็นอาการของโรค
- โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เกี่ยวข้องกับเรื่องของความกดดันจากภายนอก เช่น เรื่องที่น่าตื่นเต้น ตกใจ น่ากลัว หรือปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ดังจะเห็นได้ชัดในกรณีที่เราตกใจ ก็จะรู้สึกใจสั่น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ นอกจากนั้น การที่เป็นคนโกรธง่าย หายช้า หรือที่ว่าไม่รู้จักให้อภัย เจ้าคิดเจ้าแค้น ก็ เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ป่วยเป็นโรคหัวใจประเภทนี้ได้

ประเด็นที่ 2 : ปฏิบัติทางจิตใจของผู้ที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ

พบว่า เมื่อผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ มักจะมีปฏิบัตินทางจิตใจต่อการป่วย ที่แตกต่างกันออกไป ในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะปฏิบัตินที่สร้างปัญหาให้แก่ผู้ดูแล และแพทย์ รวมทั้งมีผล ทำลายสุขภาพของตัวผู้ป่วยเองให้เสื่อมโทรมลง

- กลัว ผู้ป่วยบางคนจะกลัวมาก กลัวจนไม่กล้าทำอะไรที่เคยทำได้ คอยแต่มุ่งรักษาสุขภาพตัวเอง และคอยเรียกร้องให้คนช่วยเหลือตลอดเวลา จนญาติผู้ดูแลเบื่อหน่าย และเครียดมากในการเฝ้าปรนนิบัติ ดูแล เพราะผู้ป่วยจะทำตัวเหมือนเด็กแบเบาะที่ต้องการการดูแลเอาใจอย่างมาก

- วิดกกังวล ผู้ป่วยจะสับสนกับการป่วยของตนระหว่าง มีความหวัง กับสิ้นหวัง โดยจะแสดงออกเป็นความวิตกกังวล ถามซ้ำๆ เพื่อย้ำความแน่ใจ ซึ่งทำให้ผู้ดูแล รวมทั้งแพทย์เหนื่อยในการตอบ คำถาม เดิมๆ จนเปลี่ยนเป็นความรำคาญ และกลายเป็นความห่างเหิน ไม่อยากสนใจผู้ป่วยอีก ผู้ป่วยบางคนยิ่ง วิตก ยิ่งวลมากขึ้น และสร้างความรำคาญมากขึ้น ซึ่งในที่สุดหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจริงๆ อาจจะไม่ไ้ รับการตรวจพบก็ได้

- ปฏิเสธ เป็นการที่ผู้ป่วยใช้กลไกทางจิตอย่างหนึ่งด้วยการไม่ยอมรับกับความจริง ซึ่งพบมากในผู้ป่วยที่เคยแข็งแรงดี ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานมาตลอด ทำให้ผู้ป่วยยอมรับไม่ได้ว่าตนเอง ป่วย และ จะปฏิบัติตนไม่เหมือนผู้ที่ป่วย จึงไม่ยอมกินยา ไม่ยอมปรับกิจวัตรของตน รวมทั้งไม่ยอมมาพบ แพทย์ตามนัด ยิ่ง ทำให้อาการของโรคทรุดหนักลง สร้างความหนักใจให้แก่ญาติผู้ดูแล และแพทย์ผู้รักษา เพิ่มมากขึ้น

- ซิมเคร้า ห้อแท้ เมื่อผู้ป่วยทราบว่าเป็นโรคหัวใจ จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ในชีวิต คิดว่าชีวิตจบสิ้นแล้ว ทำให้แสดงออกในลักษณะของความซึมเศร้า หรือพยายามฆ่าตัวตายโดยทางอ้อม คือ ปฏิเสธการรักษาทั้งหมด เพื่อจะได้จากไปเร็วๆ กรณีนี้ญาติอาจเข้าใจว่า ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แต่จริงๆ แล้ว ผู้ป่วยเสียใจอย่างรุนแรง และต้องการการปลอบ ประโลม และความเข้าใจ อย่างมากจากญาติ หรือคนใกล้ชิด

การที่เราได้ทราบถึงปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเหล่านี้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ จะทำให้เข้าใจ และให้การดูแล ประคับประคองจิตใจ ของพวกเขาได้มากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้อาการทรุดหนักลงไป หรือรักษาให้หายเร็วยิ่งขึ้น

อารมณ์กับการเกิดโรค

เรื่องของจิตใจ โดยเฉพาะอารมณ์ต่างๆ เช่น ความโกรธ ความเครียด ความซึมเศร้า เกิดจากปัญหา รอบตัว ทั้งจากในครอบครัวและที่ทำงาน มีผลต่อสุขภาพทางกายได้อย่างมาก อารมณ์ที่ไม่ดีต่างๆ ทำให้ภูมิ ด้านทานโรคลดลง ติดเชื้อง่ายขึ้นและยังมีผลต่อการเกิดมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่นๆ จากการทบทวนงานวิจัยดังนี้

น.พ.บรูซ แมคอีแวน จิตแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยเยล ได้รวบรวมผลงานวิจัยที่ลงตีพิมพ์ในวารสาร ทาง การแพทย์ Archives of Internal Medicine พบว่าความเครียดทำให้ภูมิด้านทานลดลง และยังเป็นเหตุ ให้ มะเร็งแพร่ได้เร็วขึ้น ติดเชื้อไวรัสได้ง่ายขึ้น เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เบาหวาน หอบหืด แผลในลำไส้ นอกจากนี้ความเครียดยังทำให้เซลล์สมองเสื่อมลงเร็วเป็น สาเหตุให้เกิด ความจำเสื่อม จากการศึกษาในผู้ป่วยเส้นเลือดหัวใจตีบ พบว่า ความตีบของเส้นเลือดหัวใจเป็นสัดส่วนโดยตรง กับความโกรธ กลุ่มคนเป็นโรคหัวใจที่มีความโกรธง่าย มีอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มที่ไม่โกรธง่าย 3-5 เท่า และ จากการศึกษาการจัดโปรแกรมการฝึกสมาธิสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจให้มีจิตใจสงบไม่โกรธง่าย พบว่า อัตราการตาย ลดลงร้อยละ 44 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึก ผลของการผ่อนคลายจากการทำสมาธิ

การฝึกสมาธิ การเจริญสติทำให้สามารถควบคุมอารมณ์ได้ซึ่งเป็นการสร้างความผ่อนคลาย เป็น หนทาง หนึ่งที่สามารถป้องกันโรคได้ การฝึกโยคะ และการฝึกสมาธิ เป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ ที่ครอบคลุมมิติทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ในยุโรปและอเมริกาได้หันมาฝึกโยคะและ สมาธิมากขึ้น เป็น วิธีการดำเนินชีวิตแบบทางเลือก (Alternative life style) ในทางการแพทย์มีการศึกษา การนำการฝึกโยคะและ การฝึกสมาธิมาใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ และค้นพบข้อดีของ การทำสมาธิมากมาย อาทิเช่น ช่วยปรับสภาวะของร่างกายให้เป็นปกติ ทำให้อัตราการหายใจและชีพจรช้าลง ทำให้คลื่นสมองสงบ กล้ามเนื้อผ่อนคลายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ระดับฮอร์โมนที่ถูกระตุ้นจากความเครียดลดลง แก้ปัญหาอนอนหลับได้ถึงร้อยละ 35 และช่วยให้ ผู้ที่ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ไขว่แก้อาการปวดลดลงจาก เดิมร้อยละ 34 ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเอดส์ มีอาการทุกข์ทรมานลดน้อยลงกว่าการรักษาทางยา และแพทย์ยืนยัน ว่า ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบตัน ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในศาสนาจะหายเร็ว กว่า ตรงกันข้ามกับคน ที่ไม่มีศาสนา พวกนี้จะมีอัตราการตายมากกว่าผู้นับถือศาสนาถึง 3 เท่า

ศาสตราจารย์ ดิน ออร์นิช (Dean Ornish) แห่งมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ได้จัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยการให้ผู้ป่วยใช้อาหารมังสวิรัต การฝึกโยคะ การฝึกสมาธิ ซึ่งพบว่าสามารถ ทำให้หลอดเลือดหัวใจที่ตีบขยายได้มากขึ้น ศาสตราจารย์ น.พ.เฮร์เบิร์ต เบนสัน (Dr. Herbert Benson)

ศาสตราจารย์ทางอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ได้ศึกษาการฝึกสมาธิแบบ Transcendental meditation (T.M.) ในอาสาสมัครพบว่า ในคนที่จิตเป็นสมาธิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นหัวใจ และความดันจะลดลง คลื่นไฟฟ้าสมอง คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะช้าและเป็นระเบียบขึ้น การเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง ความตึงของกล้ามเนื้อ ลดลง ซึ่งเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า การตอบสนองต่อความผ่อนคลาย (Relaxation response) ซึ่งตรงข้ามกับ ผลที่เกิดจากความเครียดที่เรียกว่า ปฏิกริยาสู้แล้วถอย (Fight and Flight response) ที่ความดันจะสูงขึ้น อัตราการหายใจและชีพจรเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น อัตราการเผา ผลาญสารอาหารมากขึ้น ดังนั้นความเครียดทำให้เกิดโรคต่างๆได้ ในขณะที่ความผ่อนคลายช่วยให้โรค ส่วนใหญ่หายหรือดีขึ้นได้

งานวิจัยของมหาวิทยาลัยวิสคอนซินในสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก พบผล ตรงกันว่า ชาวพุทธที่นั่งสมาธิเป็นประจำ สมอง ใน ส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่ดี และความคิดด้านบวกจะทำงานกระฉับกระเฉงกว่า ซึ่ง ช่วยผ่อนคลายความเครียด และทำให้สมองส่วนที่เป็นศูนย์กลางความทรงจำด้านร้าย หรือที่เรียกว่าอะมิกดาลา (amygdala) สงบลง

อมรรัตน์ แก้วโพนแพ็ก (2561) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายร่วมกับสมาธิบำบัดใน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน ตำบลวังสวาบ จังหวัดขอนแก่น เป็น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินในตำบลวังสวาบ จำนวน 30 คน อายุ ระหว่าง 71-90 ปีโดยปฏิบัติการออกกำลังกายร่วมกับสมาธิบำบัดวันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร 30 นาที เข้า-เย็นทุกวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์จากการวิจัยพบว่า ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีค่ามีระดับน้ำตาลใน เลือดเฉลี่ย 147.48 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ครบ 8 สัปดาห์มีระดับน้ำตาล ในเลือดลดลงมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 95 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติเมื่อเปรียบเทียบกับทาง สถิติพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดหลังการเข้าร่วมกิจกรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 แนวความคิด

1. แนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ แนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ประกอบด้วย ความหมาย ระดับแนวทางการปฏิบัติ หลักการพัฒนาแนวปฏิบัติ ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งแบ่ง แนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถจำแนก เป็น 4 ระดับ ได้แก่ มาตรฐาน (Standard) แนวปฏิบัติ (Guideline) คู่มือการปฏิบัติ (Protocol) ข้อเสนอปฏิบัติ (Option) โดยการนำเสนอแนวคิดในการ พัฒนานี้จะเป็นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (วานิดา สาณะ, 2559)

2. สมาธิบำบัด (Meditation Healing) สมาธิ คือ การมุ่งมั่นกระทำด้วยความตั้งใจ แน่วแน่ของจิต ทำให้อารมณ์ต่างจากร่างกายที่ยังเคลื่อนไหวก็ยิ่งแข็งแรง แต่จิตใจอย่างหวั่นไหวก็ยิ่งอ่อนแอ แต่หากจิตนิ่งจะมีพลัง

การทำสมาธิจึงเป็นการฝึกจิตใจและพัฒนาจิตใจให้มีความมั่นคง ตั้งมั่น และทำให้มีคุณภาพทางจิตใจที่ดีขึ้น บำบัดหมายถึงความพยายาม แก้ไข ปัญหาสุขภาพตามการวินิจฉัย ดังนั้น สมาธิบำบัดหมายถึงการใช้สมาธิเพื่อฝึกใจให้มีพลังสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ สมาธิบำบัด คือเป็นยารักษาโรคที่เกิดจากความเครียด ความกังวล ไม่ได้เกี่ยวกับโรคที่มีเชื้อโรคโดยตรง แต่สามารถรักษาใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากโรคได้ ซึ่งวิธีรักษาด้วยสมาธิบำบัดมีหลายวิธี เช่น การนั่งภาวนา การเดินจงกรม การใช้พลังภายในร่างกาย การใช้พลังภายนอก การฝึกเพลงลูกแก้ว การอธิฐานจิต การแผ่เมตตา การใช้พลังของคนอื่น (หมอมหุ) เป็นต้น การบำบัดด้วยสมาธิเป็นวิธีที่ไม่ต้องลงทุนอะไรเลย เพียงแค่เราต้องหมั่นปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติถึงจะเห็นผลที่เกิดขึ้นกับตนเอง ลงมือทำก็จะรู้ได้ด้วยตนเอง

3. แนวความคิดหลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA) เดมมิ่ง (Deming) (2004) กล่าวว่า การจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อให้ เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพขึ้น ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้ Plan คือ กำหนดสาเหตุของปัญหา จากนั้นวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบเพื่อการ ปรับปรุงให้ดีขึ้น Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่องในส่วนย่อย Check คือ ตรวจสอบเพื่อทราบว่าการบรรลุผลตามแผนหรือหากมีสิ่งใดที่ห้ามผิดพลาดหรือได้เรียนรู้อะไรมาแล้ว Act คือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจหรือหากผลการปฏิบัติตามแนวทางไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ให้ทำซ้ำวงจร โดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในวงจรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว แม้ว่าวงจรคุณภาพจะเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง แต่สามารถเริ่มต้นจากขั้นตอนใดก็ได้ขึ้นอยู่กับปัญหา และขั้นตอนการทำงาน หรือจะเริ่มจากการตรวจสอบสภาพตามความต้องการ และเปรียบเทียบกับสภาพที่เป็นจริง จะทำให้ได้ข้อสรุปว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4. เครื่องมือที่ใช้การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการใช้สมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

- โปรแกรมสมาธิบำบัดในหอผู้ป่วย

แนวทางการปฏิบัติการใช้สมาธิบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

โปรแกรมสมาธิบำบัดในหอผู้ป่วย

เป็นการทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายในระดับเบา ซึ่งพิจารณาจาก (ภัทรารุช อินทรกำแหง, 2560 : 107)

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินอาการ ชีพจร ระดับความรู้สึกเหนื่อย และความดันโลหิต

- 1) ชีพจรสูงขึ้นขณะประกอบกิจกรรม ผู้ป่วยกลัมน้ำหนักหัวใจตายเฉียบพลันกำหนดให้สูงขึ้นกว่า ขณะพักไม่เกิน 20 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจกำหนดให้สูงไม่เกิน 30 ครั้ง/นาที
- 2) ความรู้สึกเหนื่อย RPE (Rate of Perceive Exertion) กำหนดให้ความรู้สึกเหนื่อยอยู่ในระดับ น้อยถึงปานกลาง (RPE 9-12)

กิจกรรมระดับเบาเป็นกิจกรรมระดับ 1-5 METS ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการคงที่ เมื่อฝึกกิจกรรม ในระดับนี้ มักจะมีการตอบสนองปกติตามชีพจรที่สูงขึ้นและไม่รู้สึกเหนื่อยมาก

ตารางที่ 1 ข้อบ่งชี้ในการหยุดกิจกรรมในโปรแกรมฝึกสมาธิ

สิ่งที่พึงจรรยาบรรณ	ข้อบ่งชี้	หมายเหตุ
1. อาการ	- มึนงง, เหนื่อย, ซีด, เหียว, หายใจลำบาก, คลื่นไส้, เจ็บหน้าอก	- ผู้ฝึกควรสังเกตและสอบถาม ในขณะที่ประกอบกิจกรรม
2. ระดับความเหนื่อย	- มากกว่า 13	- ตามตารางระดับความเหนื่อย
3. ชีพจร	- ขณะฝึกมากกว่า 120 ครั้ง/นาที - ขณะออกกำลังกายเพิ่มมากกว่า 20-30 ครั้ง/นาที	- ชีพจรที่เพิ่มหรือลดนับจากชีพจรขณะพัก
4. ความดันโลหิต	- ขณะออกกำลังกายความดันโลหิตเพิ่มมากกว่า 200/100 - ขณะออกกำลังกายความดันซิสโตลิกลดลง มากกว่า 20 มม.ปรอท	- นับจากความดันซิสโตลิก ขณะพัก

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการฝึกผู้ป่วยข้างเตียงด้วยโปรแกรมฝึกสมาธิ (งานการพยาบาลผู้ป่วยใน)

- 1.1 เปิดดนตรี, กล่าวทักทาย
- 1.2 สอบถามอาการผิดปกติต่างๆ ของผู้ป่วยในรอบ 12-24 ชั่วโมงที่ผ่านมาโดยเน้นที่อาการหรือ ภาวะที่ต้องชะลอหรือหยุดการให้โปรแกรม ดังตารางที่ 1
- 1.3 ถ้า ข้อ 2 ผ่าน ทำการวัดความดันโลหิต และจับชีพจรผู้ป่วย
- 1.4 แนะนำผู้ป่วยในการฝึกสมาธิตามขั้นตอน
- 1.5 สอบถามความรู้สึกเหนื่อยพร้อมให้คะแนนความเหนื่อย (ใช้ Borg scales ในการวัด ratings of perceived exertion อ้างใน วรมนต บำรุงสุข, 2546: 161) 7= ไม่น้อย 9 = เหนื่อยมาก 11 = เหนื่อยปานกลางค่อนข้างเล็กน้อย 12 = เหนื่อยปานกลางพอดี 13 = เหนื่อยปานกลางค่อนข้างมาก 15 = เหนื่อยมาก
- 1.6 เริ่มดนตรีบำบัด จากนั้นเริ่มฝึกสมาธิ เปิดเครื่องเสียงบรรยายตามขั้นตอน
- 1.7 ขณะทำกิจกรรม สังเกตสีหน้าและการหายใจของผู้ป่วย ถ้าหายใจเร็วจนอ้าปาก หรือพูด ได้ตอบแทบไม่ทันแสดงถึงอาการเหนื่อยมาก ให้หยุดพัก
- 1.8 วัดความดันโลหิตและชีพจร เมื่อสิ้นสุดกิจกรรม
- 1.9 ผู้ฝึกบันทึกอาการ, ชีพจร, ความดันโลหิต, ความรู้สึกเหนื่อยลงในแบบบันทึก

ตารางที่ 2 แบบบันทึกการฟื้นฟูหัวใจด้วยสมาธิบำบัด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี							
วันที่	เวลา	ขณะพัก		3 นาทีหลังฝึก		RPE(Rate of Perceive Excrtion)	note
		PR	BR	PR	BR		

1.10 ถ้าผู้ป่วยผ่านขั้นตอนการฝึกนั้นๆ ผู้ฝึกควรให้กำลังใจให้ความมั่นใจผู้ป่วยและย้ำว่าควรทำกิจกรรมได้ในเวลาใดบ้าง

1.11 เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงใดๆ ผู้ฝึกสามารถฝึกผู้ป่วยเพิ่ม เป็นวันละ 2 ครั้ง

1.12 เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ครบตามขั้นตอน ควรสรุปและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าสามารถ นำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่องที่บ้าน

3.3 ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.3.1 ข้อเสนอ

1. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT)
2. การนำแนวทางปฏิบัติการใช้สมมติบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวไปใช้ ควรทำการทบทวนและพิจารณาความเหมาะสมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

3.3.2 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

การประเมินอาการ การซักประวัติ และการคัดกรองที่ไม่ครอบคลุม ความคิดเห็นส่วนบุคคลและการประเมินผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่แตกต่างกัน

3.3.3 แนวทางแก้ไข

1. มีการนิเทศและกำกับติดตามบุคลากร ในการปฏิบัติตามแนวทางการใช้สมมติบำบัดในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

หากผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมได้ครบตามขั้นตอนโดยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนโปรแกรมดังกล่าวจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาลดังนี้

1. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังเห็นได้จากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้นไม่เป็นภาระของญาติ มีจิตใจที่ดีขึ้น ความวิตกกังวล, เครียดลดลง
2. กัดและป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ผลเสียต่างๆ จาก immobilization syndrome ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง แต่มีคุณภาพไม่มี
3. ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนใดๆ ที่ป้องกันได้
4. เป็นการเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น
5. เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ฝึกในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน
6. สามารถพัฒนาโปรแกรมต่อเนื่องด้วยทีมสุขภาพด้วยโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ
7. สามารถสอดแทรกความรู้ในการดูแลตนเองควบคู่ไปกับการทำกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนตาม
8. สามารถพัฒนาโปรแกรมสมมติบำบัดไปสู่ผู้ป่วยโรคอื่นๆ อย่างเหมาะสม

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ด้านผู้ป่วยและครอบครัว

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานตามหลักวิชาชีพ หายจากอาการเจ็บป่วยได้ ในระยะเวลาที่สมควร สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็นภาระครอบครัว มีจิตใจที่ดีขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถนำไปโปรแกรมการฝึกไปใช้ในชีวิตประจำวันและสามารถประเมินอาการตนเอง เบื้องต้นก่อนฝึก
3. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้บริการ ร้อยละ 80

ด้านคุณภาพการพยาบาล

1. มีโปรแกรมการฝึกสมาธิในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และพัฒนาไปสู่โรคเรื้อรังอื่นๆ
2. มีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยโดยสร้างเสริมการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
3. มีการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาลและประเมินผลอย่างต่อเนื่องในแต่ละปัญหาตลอด การดูแลผู้ป่วยจนจำหน่ายกลับบ้าน
4. มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน

(ลงชื่อ) 

(นางประไพ เฝ้าภูรี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 11 / มกราคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

บรรณานุกรม

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2559. นนทบุรี:

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. 2559.

เกรียงไกร เสงวีรัมย์. (2560). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว 2560. กรุงเทพฯ. สุขุมวิท การ์พิมพ์.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. (พิมพ์ครั้งที่2). ขอนแก่น: คลัง
น่านาวิทยา.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ. (2560). มาตรฐานการพยาบาล CVT : แนวคิดการพัฒนา คุณภาพ ฉบับ
ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุขุมวิทการพิมพ์.

โรงพยาบาลสุขุมวิท. ความเครียดส่งผลอย่างไรกับหัวใจ. (อินเทอร์เน็ต).เข้าถึงได้จาก
<https://www.sukumvithospital.com/healthcontent.php?id=3586>

วิจิตรา กุศลมภ์ และคณะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ : สหประชาพาณิชย์.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย.

แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปี2557. กรุงเทพฯ: เอส-พลัส
ปรีน; 2557

สมาธิบำบัด (Meditation Healing) : hypnosishappy.com

อภิชาติ คณิตทรัพย์. ปอดอักเสบในผู้สูงอายุ ใน ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลางและคณะ,บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์
ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร ; 2561: 201- 202.

Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality

improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual
Improv. 2001; 27(2):63–80.

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีโรคไตเรื้อรัง : กรณีศึกษา
เปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 1 เมษายน-31 สิงหาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าปกติ โดยตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงเกิน 126 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง หรือระดับน้ำตาลในเลือดเวลาใดก็ตามสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน สาเหตุของโรคเบาหวาน เกิดจากเบต้าเซลล์ในกลุ่มเซลล์แลงเกอร์ฮานของตับอ่อนสร้างฮอริโมนอินซูลินได้น้อย หรือสร้างไม่ได้เลย หรือสร้างได้แต่ฮอริโมนออกฤทธิ์ในการทำงานได้ไม่เต็มที่ ฮอริโมนอินซูลินนี้มีหน้าที่ช่วยให้ร่างกายเผาผลาญน้ำตาลมาใช้เป็นพลังงาน เมื่ออินซูลินในร่างกายไม่เพียงพอกับความต้องการ หรืออินซูลินทำงานลดลง น้ำตาลจึงไม่ถูกนำไปใช้เป็นพลังงาน ทำให้เกิดการคั่งของน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดจึงสูง (ค่าปกติของน้ำตาลในเลือด คือ 70-120 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตรในขณะอดอาหาร) เมื่อน้ำตาลในเลือดคั่งมาๆ จะถูกไตกรองออกมาในปัสสาวะ ซึ่งโดยปกติน้ำตาลมีประโยชน์ต่อร่างกาย และร่างกายพยายามสงวนไว้ไม่ขับทิ้งโดยง่าย จะทำให้ไตสามารถกรองน้ำตาลที่ผ่านไตได้ระดับสูงสุด คือ 160 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร เนื่องจากไตสามารถเอาเลือดที่ผ่านไตได้นาทีละ 125 มิลลิลิตร ดังนั้นไตสามารถดูดซึมน้ำตาลที่ผ่านการกรองของไตนาทีละ 200 มิลลิกรัม แต่เมื่อไตที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน 160 มิลลิกรัม ไตไม่สามารถดูดซึมน้ำตาลได้มากกว่า 200 มิลลิกรัม น้ำตาลจึงถูกขับออกมาทางปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีน้ำตาล

โรคเบาหวานที่สำคัญมี 2 ชนิด ได้แก่

1. เบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus : IDDM Type I) ชนิดนี้พบได้น้อยแต่มีความรุนแรงและอันตรายสูง มักพบในเด็กและคนอายุที่ต่ำกว่า 25 ปี แต่อาจพบในผู้สูงอายุได้บ้าง โดยตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้ไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เลยหรือผลิตได้น้อยมาก
2. เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus : NIDDM Type II) เป็นเบาหวานที่พบได้ในคนส่วนใหญ่ ซึ่งจะพบความรุนแรงน้อย และพบมากในคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป แต่ก็อาจพบได้ในเด็กหรือวัยหนุ่มสาวได้บ้าง โดยตับอ่อนของผู้ป่วยชนิดนี้ยังสามารถผลิตอินซูลินได้ แต่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจึงทำให้มีน้ำตาลที่เหลือใช้กลายเป็นเบาหวานได้ หรือสาเหตุอาจเกิดจากกรรมพันธุ์ อ้วนเกินไป หรือพบร่วมกับโรคอื่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลินในการรักษาที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้และไม่เกิดภาวะกรดคั่งในร่างกาย ถ้าดูแลรักษาดีพอ การรักษาโรคเบาหวานชนิดนี้มักรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ซึ่งยาจะไปกระตุ้นเบต้าเซลล์ ให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใด อย่างหนึ่งติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว หรือถุงน้ำที่ไต การมีโปรตีน หรือเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตอาจปกติหรือผิดปกติก็ได้ รวมถึงการตรวจพบอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน ไม่ว่าจะมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตก็ตาม โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อย ๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้กลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ จนถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่ปรากฏอาการในระยะแรก และจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย

การรักษาโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงกับค่ามาตรฐาน สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีทั้งหมด 3 วิธี ทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาเม็ดรับประทาน เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำเป็นต้องอาศัยการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเป็นหลัก ซึ่งการรับประทานยานี้จะให้ผลดี ผู้ป่วยต้องมีการปฏิบัติตามการรับประทานยาให้ถูกต้องและเหมาะสมตามแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สั่ง เช่น การใช้ยา ตามขนาดยา ถูกต้องตามเวลา การลืมนรับประทานยา การหยุดยารับประทานยา และใช้ยาอื่น ๆ ร่วมกับยาเบาหวาน การปฏิบัติที่ถูกต้องด้านการรับประทานยา จะเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานได้ และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของประเทศ

ทักษะทางการพยาบาลการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) เป็นแนวคิดทางการบำบัดจิตวิทยาที่ได้รับการคิดค้นขึ้นโดย Miller & Rollnick (1991) ซึ่งนำเทคนิคการให้คำปรึกษาที่ตรงไปตรงมา มีเป้าหมายโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนิยมและแพร่หลายในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ รวมถึงผู้ป่วยติดสารเสพติด ซึ่งหลักสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือการสื่อสาร และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ทั้งนี้หลักการสำคัญของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วยหลักการดังนี้

1. การแสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย (Express Empathy)
2. การทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน (Develop Discrepancy)
3. การเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid Argueementation) เพราะจะนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจถดถอยและต่อต้านมากขึ้น
4. การผ่อนไปตามแรงต้าน (Roll with Resistance) เพราะการที่ผู้ป่วยได้แย้งและไม่เห็นด้วยเป็นสัญญาณของการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

5. การสร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง (Support elf Efficacy) ซึ่งเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการเลือก และดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้วยตัวเอง

3.2 ความชำนาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. มีความชำนาญของการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีความยุ่งยากในการดูแล ตามนโยบายการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ได้อย่างเหมาะสม
2. มีความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับมีโรคไตวายเรื้อรัง และมีปัญหาด้านการดูแลตนเองที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
3. มีความชำนาญในการบูรณาการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค ด้วยการประยุกต์ทฤษฎีที่จะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม
4. มีความชำนาญในการวิเคราะห์ ติดตาม และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ในบริบทที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ทั้งเรื่องกลไกการเกิดโรค และสภาพแวดล้อม สังคม ที่เป็นปัจจัยต่อการดูแลผู้ป่วย

3.3 ความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ความเชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์ ปัญหาทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคร่วมที่ซับซ้อน รวมทั้งวางแผนแก้ไขปัญหาย่างถูกต้องเหมาะสม
2. ความเชี่ยวชาญด้านการประสานงาน การแก้ไขปัญหาด้านสังคมกับภาคีเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. ความเชี่ยวชาญด้านการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และโรคร่วมอย่างเหมาะสม

3.4 ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. มีประสบการณ์ด้านการคัดกรองโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเบาหวาน อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง เพื่อวางแผนการป้องกันดูแลอย่างเหมาะสม
2. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง และการมาตรวจตามนัด รวมถึงการดูแลในชุมชน
3. มีประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งด้านโรค และปัญหาด้านอารมณ์สังคม
4. มีประสบการณ์ การอ่าน วิเคราะห์/แปลผล ภาพถ่ายจอประสาทตา ประเมินส่งต่อจักษุแพทย์ โรงพยาบาลแม่ข่าย

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย ผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 มีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นปีละ 3 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต และระบบประสาท คนที่เป็นโรคเบาหวานเนื่องจากมีฮอร์โมนอินซูลินหลั่งออกมาไม่เพียงพอ น้ำตาลกลูโคสจึงไม่ถูกเผาผลาญให้เป็นพลังงานและความร้อนเช่นคนปกติ เป็นเหตุให้น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ธรรมดา และเมื่อสูงเกินขีดกักกันของไต จะล้นออกมาในปัสสาวะ และน้ำตาลมีฤทธิ์ในการดูดน้ำได้ดี จึงพาเอาน้ำออกมาในปัสสาวะมากผิดปกติ คนปกติจะถ่ายปัสสาวะประมาณ 1-1.5 ลิตร แต่คนที่เป็นโรคเบาหวานอาจถ่ายปัสสาวะถึง 3 ลิตร หรือมากกว่า จึงเป็นเหตุให้ปัสสาวะบ่อยและมาก รวมทั้งต้องถ่ายปัสสาวะ ในตอนกลางคืนมีผลให้ร่างกายขาดน้ำและเสียน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ หิวบ่อยกินจุ แต่ผอมลง น้ำหนักลด อ่อนเพลียมาก ทำให้เชื่อโรคและเชื่อราเจริญได้ดี ทำให้คันตามผิวหนัง เป็นแผลได้ง่ายแต่หายยาก ระบบประสาทเมื่อขาดพลังงานจากน้ำตาลไปเลี้ยงจึงอักเสบง่าย ทำให้ปวดเจ็บตามกล้ามเนื้อ ซาตามปลายมือปลายเท้า รวมทั้งหมดความรู้สึกทางเพศ และโดยที่เส้นสรีดามีการเปลี่ยนแปลงของน้ำมากน้อยอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากปริมาณน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลง จึงเป็นเหตุให้ตาพร่า ต้องเปลี่ยนแว่นตาบ่อย ๆ ถ้าเป็นในสตรีมีครรภ์บุตรในครรภ์มักจะมีหัวใจโต และหนักกว่าปกติ เนื่องจากสามารถใช้น้ำตาลได้ เพราะมีอินซูลินผลิตขึ้นในตับอ่อนของทารก

การรักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมี 3 วิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความผิดปกติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ และป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมาดังนี้

1. การควบคุมอาหาร ในสมัยโบราณการรักษาโรคเบาหวานมีอยู่วิธีเดียวเท่านั้นคือ การจำกัดอาหาร ซึ่งเริ่มใช้รักษาโดยแพทย์ชาวอังกฤษเมื่อเกือบ 200 ปีก่อน โดยการอดอาหาร และการจำกัดอาหารคาร์โบไฮเดรตทำให้อัตราตายของผู้ป่วยลดลงเป็นอันมาก

2. การออกกำลังกาย ทำให้มีการใช้พลังงานมากขึ้น ซึ่งควรเป็นไปอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนจะช่วยลดน้ำหนักตัว ซึ่งการลดน้ำหนักตัวลงได้ 15 เปอร์เซ็นต์ จะทำให้อินซูลินรีเซพเตอร์ของเซลล์ไขมันและเซลล์อื่นๆ มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่ออินซูลินไวขึ้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอสามารถทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงได้

3. การรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเม็ดรับประทาน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หรือ ผู้ป่วยเบาหวาน type II ใช้การรักษาโดยควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในระยะแรกของโรคเบาหวาน

ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานโดยส่วนใหญ่จะมีโรคร่วม อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคไตเรื้อรัง หรือบางคนอาจจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตร่วมด้วย จากการศึกษาโรคเป็นระยะเวลานาน

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ในการศึกษานี้จะขอก้าวถึงโรคร่วมที่เกิดขึ้นในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีโรคร่วมประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และมีภาวะซึมเศร้า กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรคลมชัก และมีแผลที่ข้อเท้าเรื้อรัง รายละเอียดดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นภาวะที่ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงผิดปกติ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอาจไม่แสดงอาการแต่จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดแดงใหญ่โป่งพอง ไตวาย เป็นต้น ภาวะความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีปัจจัยร่วมบางอย่างที่ทำให้ความดันโลหิตสูง โดยมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะไม่มีทราบสาเหตุ แต่อาจเกิดจาก 2 ปัจจัยคือ พันธุกรรมและพฤติกรรม และน้อยกว่าร้อยละ 10 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ อาทิ ความดันโลหิตสูงจากการใช้ยาคุมกำเนิดบางชนิด หรือการเกิดเนื้องอกของต่อมหมวกไต แม้โรคความดันเลือดสูงจะเป็นโรคที่อันตราย แต่ก็เป็นโรคที่สามารถควบคุมได้ในระยะยาว หากได้รับการรักษาที่ทันเวลาที่ โดยเบื้องต้นจะรักษาด้วยวิธีการให้ยาลดความดันเลือด เพื่อรักษาระดับความดันให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรทำ

1. หมั่นตรวจวัดความดันเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. รับประทานอาการให้ครบ 5 หมู่ เน้นผัก และผลไม้ชนิดที่ไม่หวาน
3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ออกกำลังกายเป็นประจำ
5. พักผ่อนให้เพียงพอ
6. รักษาสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ ไม่เครียด

2. โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตอย่างใด อย่างหนึ่ง ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน เช่น การมีนิ่ว หรือถุงน้ำที่ไต การมีโปรตีน หรือเม็ดเลือดแดง ในปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของไตอาจปกติหรือผิดปกติก็ได้ รวมถึงการตรวจพบอัตราการกรองของไตต่ำกว่า 60 มิลลิกรัม/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² ติดต่อกันนานกว่า 3 เดือน ไม่ว่าจะมีความผิดปกติทางโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของไตก็ตาม โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงเรื่อยๆ ซึ่งการเสื่อมนี้ไม่สามารถแก้ไขให้กลับฟื้นคืนสู่สภาวะปกติ จนถึงจุดที่ระบบสมดุลของร่างกายไม่สามารถปรับได้ อาการจะค่อยเป็นค่อยไป โดยยังไม่ปรากฏอาการในระยะแรก และจะเริ่มแสดงอาการเมื่อเข้าสู่ระยะไตวาย

ระยะของไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ตามระดับการทำงานของไต โดยใช้ค่าอัตราการกรอง ของไตเป็นตัวกำหนดดังนี้

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 90 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต แต่ค่าอัตราการกรองของไตยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรืออาจต่ำลงเล็กน้อย ในระยะนี้ ยังไม่พบอาการแสดงที่ผิดปกติ แต่บางรายอาจตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะได้

ระยะที่ 2 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 60-89 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต เมื่อค่าอัตราการกรองของไตลดลงเล็กน้อยโดยทั่วไปผู้ป่วยจะยังคง มีอาการปกติความดันโลหิตอาจเริ่มสูงขึ้นในระยะนี้ จะเริ่มพบความผิดปกติในผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 30-59 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต ค่าอัตราการกรองของไตลดลงปานกลางมักยังไม่แสดงอาการผิดปกติ โดยส่วนใหญ่พบภาวะความดันโลหิตสูง และอาจตรวจพบภาวะซีด แคลเซียมในเลือดต่ำ และฟอสเฟตในเลือดสูงได้ในระยะนี้ ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวังและให้การรักษากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ระยะที่ 4 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตมากกว่า 15-29 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² หมายถึง การมีความผิดปกติของไต และค่าอัตราการกรองของไตลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เบื่ออาหาร บวม ความจำแย่ลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ผิดปกติ พบภาวะกรดจากการเผาผลาญ (Metabolic acidosis) และไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ควรมีการเตรียมพร้อมเพื่อให้การบำบัดรักษาทดแทนไตต่อไป

ระยะที่ 5 ผู้ป่วยมีอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 15 มิลลิลิตร/นาที/พื้นที่ผิวกาย 1.73 เมตร² ซึ่งถือว่าเป็นระยะไตวาย ทำให้มีความผิดปกติเกือบทุกระบบของร่างกาย ร่างกายเสียสมดุล น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ ผู้ป่วยมีอาการยูรีเมีย อาทิต อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ผิวแห้ง คัน คลื่นไส้ อาเจียน สะอึก เป็นตะคริว นอนไม่หลับ อาจเกิดภาวะหัวใจวายเนื่องจากน้ำเกิน และภาวะความดันโลหิตสูงได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยเฉพาะในรายที่มีอาการยูรีเมีย

การรักษาโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วยหลักการใหญ่ ๆ 3 ประการ คือ

1. รักษาต้นเหตุที่ทำให้เกิดโรคไต
2. รักษาภาวะที่ทำให้หน้าที่ของไตเสียเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน เช่น ความดันโลหิตสูงที่เกิดภายหลังภาวะไตวาย ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดจากการติดเชื้อ หรือภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชนิดต่าง ๆ

3. ชะลอการเสื่อมอย่างรวดเร็วของไต (Progressive) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ไม่ให้เข้าสู่ระยะไตวาย ป้องกันและรักษากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องการรักษาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรัง ค้นหาสาเหตุและแก้ไขสาเหตุนั้นเท่าที่ทำได้ อาทิ การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมความดันโลหิต ให้อารมณ์ภาวะติดเชื้อ หลีกเลี่ยงที่ส่งเสริมให้ภาวะของโรค เป็นมากยิ่งขึ้น หรือ ผ่าตัดรักษาอาการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

3. โรคลมชัก เป็นโรคที่เกิดจากการมีคลื่นไฟฟ้าผิดปกติในสมองทำให้เกิดอาการชักพบได้ในเด็กและผู้ใหญ่ เกิดจากหลายสาเหตุ ความผิดปกติในเนื้อสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, มีก้อนเนื้อผิดปกติ, มีแผลหรือเลือดออกในสมอง ผู้เป็นโรคชัก โรคไต ความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ ยาหรือสารพิษ ซึ่งอาการชักมีหลายชนิด อาการแสดงจะเป็นไปตามตำแหน่งของสมองที่ถูกกระตุ้นให้ชัก เช่น อาการชักแบบทำอะไรไม่รู้ตัว อาการที่เกิดขึ้นคือ มีอาการหยุดสิ่งที่ทำอยู่พร้อมกับสูญเสียการรับรู้สิ่งรอบตัวอาจมีการเคลื่อนไหวแบบไร้จุดหมายโดยไม่รู้ตัว เช่น เดินไปเดินมา หนีมือไปมา พูดคำซ้ำๆ เป็นต้น อาการคล้ายคนเสียสติ อาการต่างๆ จะเกิดนาน 2-4 นาที และอาจเกิดอาการชักเกร็ง กระตุกทั้งตัวตามมาได้ อาการชักแบบเหม่อ อาการที่เกิดขึ้นสำหรับการชักชนิดนี้สั้นมากเกิดขึ้นทันทีและหายไปอย่างรวดเร็วผู้ป่วยจะเหม่อลอยประมาณ 5-10 วินาที อาจถูกเข้าใจผิดคิดว่าใจลอย อาจมีอาการตาค้าง กระพริบตา หรือกระตุกบริเวณใบหน้าผู้ป่วยจะไม่ได้รู้ตัวว่ามีอาการผิดปกติ เกิดขึ้นส่วนมากมักพบในเด็กอายุตั้งแต่ 6-14 ปี อาการชักแบบวูบหมดสติทันที แขนขาอ่อนแรง อาการชักชนิดนี้จะไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อขณะเกิดอาการชักได้จนทำให้ผู้ป่วยล้มทับ หรือหกล้มลงได้อย่างเฉียบพลัน อาการชักแบบเกร็งกระตุกทั้งตัว (ลมบ้าหมู) อาการระยะเกร็งหมดสติอย่างรวดเร็ว ล้มลงอาจส่งเสียงไม่ตั้งใจ มีอาการเกร็งทั้งตัว ตาเหลือก กัดฟัน หยุดหายใจชั่วคราว อาการระยะกระตุก มีอาการกระตุกแขน ขาคิดต่อกันเป็นจังหวะอาจมีการกัดลิ้นหรือกระพุงแก้ม มีน้ำลายไหลเป็นฟองหยุดหายใจ 2-3 นาที (ผู้ป่วยอาจมีอาการเขียว) ระยะหลังชัก เริ่มหายใจเอง เริ่มรู้สึกตัว มีอาการสับสนชั่วคราว อ่อนเพลียหรือนอนหลับอาจมีอาการอาเจียน อุจจาระหรือปัสสาวะราด

4. โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการผิดปกติของอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์เศร้าหมองที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความรู้สึกเฉยชา ไม่สนใจสิ่งต่าง ๆ ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานในแต่ละวัน ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิตได้มากมาย การดำเนินชีวิตตามปกติอาจทำได้ยากลำบากหรือรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่า ซึ่งภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แต่ไม่ถือเป็นภาวะปกติของคนสูงอายุ ภาวะดังกล่าวเป็นเรื่องน่าเป็นห่วงและควรได้รับการรักษาทันที่ แต่โดยมากผู้ป่วยมักไม่ยอมเข้ารับการรักษาและวินิจฉัยโรค ในผู้สูงอายุมักมีอาการต่างออกไปหรือไม่ชัดเจน ได้แก่

1. พฤติกรรมเปลี่ยน ความจำถดถอย
2. อาการเจ็บปวดตามร่างกาย
3. เหนื่อยล้า เบื่ออาหาร มีปัญหาด้านการนอน หมดความสนใจเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งไม่สัมพันธ์กับยาหรืออาการอื่น ๆ
4. มีความคิดหรือความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในเพศชายสูงอายุ

สาเหตุที่แท้จริงของโรคซึมเศร้านั้นยังไม่ทราบแน่ชัด เพราะอาการนั้นสัมพันธ์กับความผิดปกติทางจิต ปัจจัยหลาย ๆ ด้านจึงอาจส่งผลกระทบได้

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ความแตกต่างทางด้านชีวภาพ: ได้พบความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของสมองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต่อโรคซึมเศร่ายังไม่เป็นที่ประจักษ์ชัด แต่อาจจะช่วยชี้นำไปสู่สาเหตุของโรคได้

สารเคมีในสมอง: สารสื่อประสาทในสมองส่งผลต่อความรู้สึก จากงานวิจัยเมื่อไม่นานมานี้ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมองและปฏิสัมพันธ์ของสารดังกล่าวกับวงจรระบบประสาท อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสำคัญต่อการรักษา

การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน: ระดับฮอร์โมนที่ไม่สมดุลอาจจะเป็นตัวกระตุ้นภาวะซึมเศร้า โดยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอดบุตร หรือหลังหมดประจำเดือน ผู้ป่วยอาจมีอาการแปรปรวนหากมีภาวะโรคไทรอยด์หรือโรคอื่น ๆ

พันธุกรรม: ความเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงขึ้นหากสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน

ทั้งนี้ วิธีป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

1. ควบคุมอารมณ์ความเครียด ยืดหยุ่น รักและนับถือตนเอง
2. พุดคุยกับครอบครัวหรือเพื่อน โดยเฉพาะในช่วงเวลายากลำบาก เพื่อระบายความรู้สึก
3. เมื่อเริ่มรู้สึกซึมเศร้า ควรเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันไม่ให้อาการแย่ลง
4. ควรเข้ารับการรักษาย่างสม่ำเสมอระยะยาว เพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้าเกิดซ้ำ

5. แผลเรื้อรัง (Chronic Wounds) เป็นบาดแผลที่ไม่สามารถดำเนินตามขบวนการหายของแผลตามปกติ แผลจะอยู่ในภาวะมีการอักเสบ แต่ไม่มีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ รักษาแล้วไม่หายภายใน 6 สัปดาห์ ซึ่งการดูแลรักษาแผลเรื้อรังนั้นมีความละเอียดและซับซ้อน ต้องแก้ไขสาเหตุของแผลร่วมด้วย นอกเหนือจากการรักษาความสะอาดทำแผลอย่างถูกวิธี และการใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้งนี้แผลเรื้อรังจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้มากในคนที่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการหายของแผล เช่น โรคเกี่ยวกับการไหลเวียนของเลือด โรคหลอดเลือดแดง หลอดเลือดดำ โรคหัวใจ ตับแข็ง ไตวาย เป็นต้น หรือคนที่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลให้คุณภาพของเลือดไม่ดี เช่น โรคเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้การสมานและฟื้นตัวของแผลไม่ดี มีภาวะขาดสารอาหาร หรือซีด เป็นต้น รวมถึงคนที่มีเนื้อเยื่อโดยรอบไม่เหมาะกับการหายของแผล เช่น เกิดบาดแผลบริเวณผิวหนังที่เคยผ่านการฉายรังสี เคยได้รับยาเคมีบำบัด หรือยากดภูมิคุ้มกันกลุ่มสเตียรอยด์ จึงทำให้แผลบริเวณนั้นหายยากกว่าปกติ

การดูแลรักษาความสะอาดของแผลเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยต้องทำความสะอาดแผลเป็นประจำทุกวัน และหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำหรือสิ่งสกปรก เพราะจะทำให้แผลอักเสบติดเชื้อทำให้เกิดอันตรายตามมาได้ อีกทั้งยังต้องหมั่นสังเกตความผิดปกติของแผล เช่น ถ้าแผลนั้นมีอาการปวด บวม สีผิวเปลี่ยนแปลง มีหนองควรรีบไปพบแพทย์ ไม่ควรปล่อยทิ้งไว้นานๆ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ดังนั้น ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีโรคไตเรื้อรัง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับโรคและเปรียบเทียบการพยาบาลในประเด็นที่มีความแตกต่างกันของโรคร่วม

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีโรคไตเรื้อรัง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

4.3 เป้าหมาย

1. เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น ผลที่เท้า เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

4.4 ขั้นตอนการดำเนินงาน

โดยเขียนในรูปแบบ Gant Chart ดังนี้

กิจกรรม	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
1. คัดเลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 2 ราย ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์	↔				
2. รวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และการเจ็บป่วย รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ และ เวชระเบียน	↔				
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์	↔				
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา งานวิจัย ทฤษฎี และขอคำปรึกษาจากหัวหน้าและผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา		↔			
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ		↔			
6. ใช้กระบวนการพยาบาลด้วยแนวคิดการสัมภาษณ์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีโรคไตเรื้อรัง			↔		
7. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล			↔		
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา มาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี				↔	
9. เขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข					↔

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี HN 1251 เชื้อชาติไทย สถานะภาพสมรส หย่าร้าง

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 18 เมษายน 2566

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีอาการวิงเวียนศีรษะ มีขาสองข้างอ่อนแรง มาตรวจตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมา รพ. เหนื่อย เพลีย ขา 2 ข้างไม่มีแรง แต่เดินได้

แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ มีอาการวิงเวียนศีรษะเล็กน้อย มีขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง มีอาการซึม และร้องไห้ขณะพูดคุย เพราะบุตรไม่ดูแล ประเมิน CVD risk score ได้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10%) GFR=12.06 ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air)

อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/74 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้า

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธการเคยผ่าตัด

ประวัติการดื่มสุรา ไม่ดื่มสุรา

ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทย ผิวคล้ำ อายุ 67 ปี น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร

BMI 25.39 kg/m² การแต่งกายเหมาะสม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/74 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ: ผิวคล้ำ ไม่จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่พบผื่นคันตามตัว

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ : ได้รูปทรง ผมสีดำยาวดูเรียบร้อย ใบหน้าได้รูป ไม่บวม ไม่พบบาดแผล

ตา : ตาไม่เหลือง ไม่พร่ามัว มองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง รูม่านตาขยายเท่ากัน 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้งสองข้าง การมองเห็นปกติ

หู :

หู : ใบหูปกติ ไม่มีบาดแผล ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำมูก หายใจได้ปกติ ได้กลิ่นปกติ

คอ : ลักษณะลำคอกายนอกปกติ ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนผิดปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : เสียงหัวใจเด่นสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 68 ครั้ง/นาที S₁ S₂ ปกติ ไม่มีเสียง

mur mur ความดันโลหิต 147/74 mmHg

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

การตรวจร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ทรงอกและระบบหายใจ : ทรงอกไม่เบี้ยว หายใจไม่หอบ rate 20 ครั้ง/นาที ทรงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง lung clear

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง : คลำไม่พบก้อนผิดปกติ คลำไม่พบตับโต

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง GCS score E₄V₅M₆ ปฏิบัติตามคำบอกได้

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) ระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง กระดูกไม่มีหักคดงอ แนวกระดูกสันหลังปกติ

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และโรคไตเรื้อรังที่เป็นโรคร่วม ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q ได้ 17 คะแนน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี	Specimen ที่ส่งตรวจ	ค่าที่ได้	ค่าปกติ	แปลผล
18 เม.ย. 66	HbA1C	8.1	ค่าปกติ น้อยกว่า 7 mg%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
	Creatinine	3.39	ค่าปกติ 0.6-1.3 mmol/L	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวาย
	GFR	13.45	ค่าปกติ มากกว่า 90 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตร.ม.	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะไตวายเรื้อรัง
8 พ.ค. 66	Hematocrit	29	ค่าปกติ 37-50 %	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
	Hemoglobin	9.9	ค่าปกติ 12-16 g/dL	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
	WBC	4,710	ค่าปกติ 5,000-10,000cell/mm ³	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อ
	RBC	3.56	ค่าปกติ 4.2-5.4 million cells/mL	ค่าต่ำกว่าปกติ
	PLT count	88,000	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm ³	ค่าต่ำกว่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	Specimen ที่ส่งตรวจ	ค่าที่ได้	ค่าปกติ	แปลผล
8 พ.ค. 66	Electrolytes sodium	125	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ มี ภาวะโซเดียมต่ำ ค่าต่ำกว่าปกติ มี ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะคอรีโรตีน ร่างกายต่ำ ค่าปกติ
	Potassium	3.13	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	
	Chloride	95.4	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	
	CO2	21.8	ค่าปกติ 21-32 mmol/L	
23 พ.ค. 66	Electrolytes sodium	125.4	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ มี ภาวะโซเดียมต่ำ ค่าต่ำกว่าปกติ มี ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ค่าต่ำกว่าปกติ มี ภาวะคอรีโรตีน ร่างกายต่ำ ค่าปกติ
	Potassium	3.13	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	
	Chloride	95.4	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	
	CO2	21.8	ค่าปกติ 21-32 mmol/L	
8 มิ.ย. 66	FBS	255	ค่าปกติ 80-126 mg%	ค่าสูงกว่าปกติ มี ภาวะควบคุมน้ำตาล ในเลือดไม่ได้
18 ก.ค. 66	FBS	297	ค่าปกติ 80-126 mg%	ค่าสูงกว่าปกติ มี ภาวะควบคุมน้ำตาล ในเลือดไม่ได้

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	Specimen ที่ส่งตรวจ	ค่าที่ได้	ค่าปกติ	แปลผล
18 ก.ค. 66	<u>Electrolytes</u> sodium	133.4	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ มี ภาวะโซเดียมต่ำ
	Potassium	3.75	ค่าปกติ.3.5-5.1 mmol/L	ค่าปกติ
	Chloride	97.5	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ มี ภาวะคอรีโรไตใน ร่างกายต่ำ
	CO2	25.1	ค่าปกติ 21-32 mmol/L	ค่าปกติ

การวินิจฉัยโรค

Diabetes Mellitus with Hypertension with Chronic kidney disease with Depressive disorder

แผนการรักษา

1. Mixtard (70:30) 300 U/3 ml. 20-0-10 sc.
2. Lorazepam 1 mg 1 tab oral hs.
3. Ferrous Fumarate 1 tab oral tid pc.
4. Folic acid 5mg. 1 tab oral OD pc.
5. Sodamint 300 mg 1 tab oral tid pc.
6. Aspirin 81 mg 1 tab oral OD pc.
7. Calcium carbonate 625 mg. 1 tab oral bid pc.
8. Omeprazole 20 mg. 1 tab oral OD ac.
9. Vitamin B co. 1 tab oral tid pc.
10. Sertraline 50 mg. 1 tab oral hs.
11. Risperidone 1mg. 1 tab oral hs.

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

สรุปอาการผู้ป่วยระยะก่อนตรวจ

วันที่ 18 เมษายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ มีอาการวิงเวียนศีรษะเล็กน้อย มีขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง มีอาการซึม และร้องไห้ขณะพูดคุย เพราะบุตรไม่ดูแล ประเมิน CVD risk score ได้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10%) ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air) อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/74 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้า ผล Lab HbA1C 8.1 mg% Creatinine 3.71 mmol/L และ GFR 13.45.07 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตร.ม. แพทย์วินิจฉัย Diabetes Mellitus with Hypertension with Chronic kidney disease with Depressive disorder

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 5

สรุปอาการผู้ป่วยระยะตรวจ

ขณะตรวจผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อธิบาย สิ้นหัวใจตึงกังวล แหวตาดูเศร้า พูดน้อย ไม่มีอาการวิงเวียนศีรษะ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/76 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air) จากการพูดคุยกับผู้ป่วยมีความกังวลใจเรื่องครอบครัวร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยมีบุตรจำนวน 4 คน ประกอบด้วยบุตรสาว 3 คน บุตรชาย 1 คน บุตรทั้ง 4 คน แต่งงานมีครอบครัวและแยกครอบครัว ปัจจุบัน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับน้องชายอายุ 62 ปี และหลานชายวัย 17 ปี กำลังเรียนชั้น ม.5 (น้องชาย สถานะโสด ไม่มีครอบครัว ชอบเล่นการพนัน ถ้าเล่นการพนันเสียจะมาขอกับผู้ป่วย ส่วนหลานชายชาย อายุ 17 ปี เป็นบุตรของบุตรสาวคนที่ 4) บุตรสาวคนที่ 4 สถานภาพ หย่าร้าง และปัจจุบันมีอาชีพค้าขายเสื้อผ้าในเมืองอุบล ไม่ได้อาศัยกับผู้ป่วย นานๆ ครั้งจะไปเยี่ยมบุตรชายและผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยเป็นห่วงลูกและหลานมาก ทำให้นอนไม่ค่อยหลับ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ จากปัญหาเรื่องครอบครัว และขาดผู้ดูแล

สรุปอาการผู้ป่วยระยะหลังตรวจ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อธิบาย แต่เป็นคนพูดน้อย มีซึม และเหม่อลอยเป็นบางครั้ง บางครั้งพูดวนไปวนมาถึงความทุกข์ใจเกี่ยวกับครอบครัว และโรคที่เป็นอยู่ จึงทำให้เครียด และมีภาวะนอนไม่หลับ กินยาไม่ถูกต้อง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/72 มิลลิเมตรปรอท ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไข้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เดินไม่คล่องตัว มีอาการลิ้นแข็ง ตัวแข็ง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

สรุปอาการผู้ป่วยระยะติดตามการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานมีประวัติป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มา 22 ปี และเริ่มมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 เมื่อปี 2558 และในปี 2565 ผู้เริ่มมีค่า eGFR ลดลง เข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 5 ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้กับการเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ขณะติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

สรุปอาการผู้ป่วยระยะติดตามการรักษา (ต่อ)

ผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก แนะนำการจัดยาเป็นหมวดหมู่ และหุดคยญาติผู้ดูแลช่วยกำกับติดตามการรับประทานยาให้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้

การพยาบาลในระยะก่อนตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย มีวงเวียนศีรษะเล็กน้อย

Objective data

ผลการตรวจ HbA1C เท่ากับ 8.1 mg%

ผล FBS เท่ากับ 203 mg%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่า 7 mg%
2. ระดับความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ 80-126 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยหุดคยให้พยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเอง เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะเครียดในการดูแลตนเอง

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เหตุผลของการรักษาพยาบาล และการให้คำแนะนำ รวมถึงบอกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือ และคลายความวิตกกังวล

3. ประเมินความรู้และความเข้าใจเรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หลังการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วย เพื่อติดตามช่วยเหลือในอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งให้การพยาบาลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว และแก้ไขปัญหาดังกล่าว

4. ให้การพยาบาลด้วยความมั่นใจถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล

5. ชักถาม และสังเกตความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) 203 mg%

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

การพยาบาลในระยะก่อนตรวจ (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 5

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย

Objective data

ผู้ป่วยมีค่า GFR เท่ากับ 13.45 และ Creatinine เท่ากับ 3.39

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพของไต ไม่ให้เกิดการเสื่อมมากขึ้นกว่าเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีค่า Creatinine ลดลง
2. ผู้ป่วยมีค่า GFR สูงขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพไตเสื่อม และอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น อาการบวมตามแขนขา เป็นต้น
2. ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และการปรับพฤติกรรมออกกำลังกายร่วม

ด้วย

3. อธิบาย และให้คำแนะนำญาติ เกี่ยวกับการดำเนินการของโรค เพื่อช่วยเหลือ และกำกับติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งแนวทางการรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ที่ 5

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาหารที่เหมาะสมกับโรค และการมาพบแพทย์ก่อนนัดในกรณีมีภาวะแทรกซ้อน

5. แนะนำการส่งต่อเพื่อพบอายุรแพทย์โรคไตที่โรงพยาบาลวารินชำราบ

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจการปฏิบัติตัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
2. ผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อ เนื่องจากต้องการรักษาแบบประคับประคอง ไม่ต้องการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (การฟอกไตทางหลอดเลือด และการฟอกไตทางหน้าท้อง)

การพยาบาลระยะตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ จากปัญหาเรื่องครอบครัว และขาดผู้ดูแล

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยมีอาการซึม พูดน้อย ตามคำตอบคำ นิ่งก้มหน้าเวลาตอบคำถาม

Objective data

ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ 9Q ได้ 17 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

การพยาบาลระยะตรวจ (ต่อ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน 9Q ได้ 0-6 คะแนน
2. สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยพูดคุยให้พยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเอง เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะเครียดในการดูแลตนเอง
2. ชวนผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อค้นหาปัญหา ที่จะใช้ในการวางแผนการ

ช่วยเหลือ

3. ประเมินความรู้สึก ความผูกพัน ของผู้ป่วยที่มีต่อคนในครอบครัว เพื่อสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงบุคคลที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

4. ให้การพยาบาลสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย เลือกรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพตามบริบท และความเป็นไปได้ของผู้ป่วย

5. ชักถาม และสังเกตความเข้าใจและการยอมรับในแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้วยตนเอง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีค่าคะแนน 9Q ลดลง เท่ากับ 10 คะแนน ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

การพยาบาลระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่ายาของใครรับประทานตอนไหน อาศัยการสังเกตเม็ดยาแทน เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก จะทราบเพียงตัวเลขเท่านั้น

Objective data

ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (HbA1C เท่ากับ 8.1 mg%)

ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดยาเหลือมากกว่าปกติเมื่อนับเทียบวันกับจำนวนเม็ดยาที่ได้รับไปครั้งล่าสุด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
2. ไม่มียาเหลือเกินวันนัดครั้งต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

การพยาบาลระยะหลังตรวจ (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถาม และพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของการรับประทานยาของผู้ป่วย
3. ให้การพยาบาลสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย เลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ในการรับประทานยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้อง
4. ซักถามความเข้าใจและการยอมรับในแนวทางการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยด้วยตนเอง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจการรับประทานยาตามแผนการรักษา และมีการใช้ตัวเลขในการจดจำเวลา

รับประทานยา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เดินไม่คล่องตัว มีอาการลื่นแข็ง ตัวแข็ง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยเดินตัวแข็ง พุดไม่ชัด

Objective data

ผู้ป่วยได้รับยา Pherphenazine ขณะรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ใน Visit ก่อนมาพบแพทย์ตามนัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วย เดินได้สะดวก พุดคุยรู้เรื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพุดคุยรู้เรื่อง ลื่นไม่แข็ง
2. ผู้ป่วยเดินได้สะดวก ตัวไม่แข็ง ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนไหว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบข้อมูลการรักษาโรคซึมเศร้าที่ได้รับ เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
2. ประเมินอาการข้างเคียงของการได้รับยาด้านเศร้า
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้หลังรับประทานยาด้านเศร้า
4. ประสานทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลเฉพาะทางงานสุขภาพจิต) เพื่อประเมินสภาพจิตผู้ป่วย
5. อธิบาย และให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมถึงการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการเดินตัวแข็ง
6. ซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย และแนะนำการมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดปกติ เพื่อมีอาการผิดปกติมากกว่าเดิม เช่น การเกิดอุบัติเหตุจากการเดินตัวแข็ง การมีลื่นแข็งจนพุดคุยไม่รู้เรื่อง

การประเมินผลการพยาบาล

1. แพทย์ได้พิจารณาหยุดยา Pherphenazine

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

การพยาบาลระยะหลังตรวจ (ต่อ)

การประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยพูดคุยรู้เรื่อง ลีนแข็ง ตัวแข็งน้อยลง เดินได้คล่องขึ้น ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม

การพยาบาลระยะติดตามการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่ายาของใครกินตอนไหน อาศัยการสังเกตเม็ดยาแทน เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ จะทราบเพียงตัวเลขเท่านั้น

Objective data

ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (HbA1C เท่ากับ 8.1 mg%)

ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดยาเหลือมากกว่าปกติเมื่อนับเทียบวันกับจำนวนเม็ดยาที่ได้รับไปครั้งล่าสุด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
- ไม่มียาเหลือเกินวันนัดครั้งต่อไป

กิจกรรมการพยาบาล

- สอบถาม และพูดคุยปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน
- ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ของการรับประทานยาของผู้ป่วย
- ให้การพยาบาลสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วย เลือกรวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ในการรับประทานยาที่

ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้อง

- จัดยาแบบ Unit Dose และใช้สัญลักษณ์ตัวเลข และรูปภาพบ่งบอกถึงวิธีการรับประทานยา
- อธิบายแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ญาติได้รับทราบ และร่วมวางแผนการช่วยเหลือ กำกับ

การรับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้าน

- ประสานงานเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อช่วยในดูแลการรับประทานยาที่บ้าน
- ซักถามความเข้าใจและการยอมรับในแนวทางการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยด้วยตนเอง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาดูแลเรื่องการรับประทานยา และการฉีดอินซูลิน

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 67 ปี HN 1251 เชื้อชาติไทย สถานะภาพสมรส หย่าร้าง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 18 เมษายน 2566 1 วันก่อนมา รพ. เหนื่อย เพลีย ขา 2 ข้าง ไม่มีแรง แต่เดินได้ แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ มีอาการวิงเวียนศีรษะเล็กน้อย มีขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง มีอาการซึม และร้องไห้ขณะพูดคุย เพราะบุตรไม่ดูแล ประเมิน CVD risk score ได้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10%) GFR เท่ากับ 12.06 ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air) อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/74 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง และมีภาวะซึมเศร้า คัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยเครื่องมือ 9Q ได้ 17 คะแนน แปลผลว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า HbA1C เท่ากับ 8.1 mg% ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาเพราะผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่ายาของใดกินตอนไหน อาศัยการสังเกตเม็ดยาแทน เนื่องจากผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ออก จะทราบเพียงตัวเลขเท่านั้น หลังได้รับการพยาบาลทั้งการแนะนำการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการรับประทานยาให้ถูกต้อง โดยอาศัยญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือ กำกับ การรับประทานยาที่บ้าน อีกทั้งพยาบาลได้วางแผนการเยี่ยมติดตาม เพื่อประเมินสถานการณ์และการดูแลตนเองที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวางแผนการดูแลตนเองได้ มีการจัดยาเป็นหมวดหมู่ ง่ายและสะดวกต่อการหยิบรับประทาน หลังการดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 เดือน ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ถูกต้อง ระดับความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือดลดลง ความวิตกกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่ลดลงด้วย

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้หญิงไทย อายุ 50 ปี HN 5711 เชื้อชาติ ไทย สถานภาพสมรส คู่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 4 เมษายน 2566

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มีวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ขณะนั่งรอตรวจ มาตรวจตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยนอนไม่หลับ รู้สึกหงุดหงิดง่าย ไม่ได้มีเรื่องเครียดใดๆ

แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ มีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มีผลบริเวณข้อเท้า ข้อมือ และแขนทั้ง 2 ข้าง ประเมิน CVD risk score ได้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10%) GFR = 19.91 ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air)

อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง โรคลมชัก และมีแผลเรื้อรัง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติโรคประจำตัว	โรคความดันโลหิตสูงมา 20 ปี เป็นโรคไตเรื้อรังมา 8 ปี
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิเสธการเคยผ่าตัด
ประวัติการดื่มสุรา	ไม่ดื่มสุรา

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการสูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทย ผิวคล้ำ อายุ 50 ปี น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 24.61 kg/m² รู้สึกตัวดี ทามตอบรู้เรื่อง การแต่งกายเหมาะสม

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเส้น: ผิวคล้ำ ไม่จุดจ้ำเลือดตามตัว ไม่พบผื่นคันตามตัว

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ : ได้รูปทรง ใบหน้าได้รูป ไม่บวม ไม่พบบาดแผล

ตา : ตาไม่เหลือง ไม่พร่ามัว มองเห็นชัดเจนทั้งสองข้าง รูม่านตาขยายเท่ากัน 3 มิลลิเมตร

หู : ใบหูปกติ ไม่มีบาดแผล ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน ไม่มีบาดแผล ไม่มีน้ำมูก หายใจได้ปกติ ได้กลิ่นปกติ

คอ : ลักษณะลำคอกายนอกปกติ ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนผิดปกติ

การตรวจร่างกายตามระบบ (ต่อ)

หัวใจและหลอดเลือด : เสียงหัวใจเด่นสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 92 ครั้ง/นาที S₁ S₂ ปกติ ไม่มีเสียง mur mur ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท

ทรวงอกและระบบหายใจ : ทรวงอกไม่บวม หายใจไม่หอบ rate 20 ครั้ง/นาที ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง lung clear

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง : คลำไม่พบก้อนผิดปกติ คลำไม่พบตับโต

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทามตอบรู้เรื่อง GCS score E₄V₅M₆ ปฏิบัติตามคำบอกได้

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) ระดับ 5 ทั้ง 2 ข้าง กระดูกไม่มี

หัก หรือคดงอ แนวกระดูกสันหลังปกติ

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และโรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคร่วม

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วัน/เดือน/ปี	Specimen ที่ส่งตรวจ	ค่าที่ได้	ค่าปกติ	การแปลผล
4 เม.ย. 66	Electrolytes			
	- sodium	135.3	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
	- Potassium	3.24	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
	- Chloride	102.3	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	ค่าปกติ
	- CO ₂	24.2	ค่าปกติ 21-32 mmol/L	ค่าปกติ
	Creatinine	2.82	ค่าปกติ 0.6-1.3 mmol/L	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวาย
	GFR	18.80	ค่าปกติ มากกว่า 90 มิลลิตร/นาที/1.73 ตร.ม.	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะไตวายเรื้อรัง
4 พ.ค. 66	Creatinine	2.37	ค่าปกติ 0.6-1.3 mmol/L	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวาย
	GFR	23.20	ค่าปกติ มากกว่า 90 มิลลิตร/นาที/1.73 ตร.ม.	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะไตวายเรื้อรัง
	Hematocrit	25	ค่าปกติ 37-50 % (12-16 g/dL)	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
	Hemoglobin	8.6	ค่าปกติ 12-16 g/dL	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
	WBC	10,460	ค่าปกติ 5,000-10,000cell/mm ³	ค่าปกติ
	RBC	3.45	ค่าปกติ 4.2-5.4 million cells/mcL	ค่าต่ำกว่าปกติ
	Plt. count	381,000	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm ³	ค่าปกติ
	MCV	72	ค่าปกติ 78-98 fL	ค่าต่ำกว่าปกติ
	MCH	25	ค่าปกติ 27.5-33.5 pg/cell	ค่าต่ำกว่าปกติ
	MCHC	34	ค่าปกติ 33.4-35.5 g/dL	ค่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	Specimen ที่ส่งตรวจ	ค่าที่ได้	ค่าปกติ	การแปลผล
4 พ.ค. 66	Plt. count	381,000	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm ³	ค่าปกติ
	MCV	72	ค่าปกติ 78-98 fL	ค่าต่ำกว่าปกติ
	MCH	25	ค่าปกติ 27.5-33.5 pg/cell	ค่าต่ำกว่าปกติ
	MCHC	34	ค่าปกติ 33.4-35.5 g/dL	ค่าปกติ
	<u>Electrolytes</u>			
	Sodium	124.1	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
	Potassium	3.30	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
5 พ.ค. 66	Chloride	87.3	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
	CO2	21.9	ค่าปกติ 21-32 mmol/L	ค่าปกติ
	FBS	191	ค่าปกติ 80-126 mg%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
	FBS	421	ค่าปกติ 80-126 mg%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
16 พ.ค. 66	HbA1C	13.1	ค่าปกติ น้อยกว่า 7 mg%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
	Creatinine	2.26	ค่าปกติ 0.6-1.3 mmol/L	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวาย
	GFR	24.57	ค่าปกติ มากกว่า 90 มิลลิตร/นาที/1.73 ตร.ม.	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะไตวายเรื้อรัง
23 พ.ค. 66	<u>Electrolytes</u>			
	Sodium	138.3	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	ค่าปกติ
	Potassium	3.05	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
	Chloride	97.4	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
	CO2	27.5	ค่าปกติ 21-32 mmol/L	ค่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

วัน/เดือน/ปี	Specimen ที่ส่งตรวจ	ค่าที่ได้	ค่าปกติ	การแปลผล
8 มิ.ย. 66	FBS	55	ค่าปกติ 80-126 mg%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
31 ก.ค. 66	FBS	249	ค่าปกติ 80-126 mg%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้
14 มิ.ย. 66	Electrolytes			
	Sodium	132.8	ค่าปกติ 136-145 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ
	Potassium	4.28	ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L	ค่าปกติ
	Chloride	97.0	ค่าปกติ 98-107 mmol/L	ค่าปกติ
	CO2	30.8	ค่าปกติ 21-32 mmol/L	ค่าปกติ

การวินิจฉัยโรค

Diabetes Mellitus with Hypertension with Chronic kidney disease with Epilepsy with Chronic ulcer

แผนการรักษา

1. Mixtard (70:30) 300 U/3 ml. 22-0-8 SC
2. Calcium carbonate 625 mg. 1 tab oral bid pc.
3. Sodamint 300 mg. 1 tab oral tid pc.
4. Ferrous Fumarate 1 tab oral tid pc.
5. Folic acid 5mg. 1 tab oral OD pc.
6. Losartan 50 mg. 1 tab oral OD pc.
7. Asprin 81 mg. 1 tab oral OD pc.
8. Phenytoin 100 mg. extened release 3 tab oral hs.
9. Simvastatin 20 mg. 1 tab oral hs.
10. Dimenhydrinate 50 mg. 1 tab oral tid pc.
11. Potassium Cl. (KCL) SoL 10% 20 ml. 1 Dose oral

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

สรุปอาการผู้ป่วยระยะก่อนตรวจ

วันที่ 4 เมษายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ มีมีวงเวียนศีรษะ หน้ามืด ขณะนั่งรอตรวจ ไม่มีเจ็บหน้าอก นอนพักอาการดีขึ้น ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มีแผลบริเวณข้อเท้า ข้อมือ และแขนทั้ง 2 ข้าง ประเมิน CVD risk score ได้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10%) GFR=19.91 ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air) อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท ผล Lab FBS เท่ากับ 191 mg% Creatinine 2.82 mmol/L และ GFR 18.80 มิลลิตร/นาที/1.73 ตร.ม. แพทย์วินิจฉัย Diabetes Mellitus with Hypertension with Chronic kidney disease with Epilepsy with Chronic ulcer

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

สรุปอาการผู้ป่วยระยะตรวจ

ขณะตรวจผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air) จากการพูดคุยผู้ป่วยเล่าว่ามีบุตรจำนวน 4 คน ประกอบด้วยบุตรสาว 2 คน บุตรชาย 2 คน (บุตรสาวคนโตแต่งงาน และมีบุตรสาว 1 คน ส่วนบุตรสาวคนที่ 2 และบุตรชายคนที่ 3 ยังไม่ได้แต่งงาน บุตรชายคนสุดท้องแต่งงานและไปอาศัยอยู่บ้านภรรยาที่ต่างอำเภอ) ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยที่บ้านตนเอง ซึ่งพักอาศัยในครอบครัวทั้งหมดจำนวน 7 คน (สามี ผู้ป่วย บุตรสาว 2 คน บุตรชาย 1 คน บุตรชาย 1 คน หลานสาว 1 คน รักใคร่ ปองดองกันดี ผลที่เข้าได้รับการทำแผลแต่ไม่ทุกวัน เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์การทำแผล อีกทั้งยังไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำแผลและให้คำแนะนำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีแผลเรื้อรังที่ตาตุ่มด้านในเท้าซ้าย และตาตุ่มด้านนอกเท้าซ้าย

สรุปอาการผู้ป่วยระยะหลังตรวจ

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าวิตกกังวล เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรัง โดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า GFR เท่ากับ 19.91 และ Creatinine เท่ากับ 2.82 ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังระยะ 4 ซึ่งต้องได้รับการคำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7-37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 4

สรุปอาการผู้ป่วยระยะติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคเบาหวานมีประวัติป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มา 20 ปี และเริ่มมีภาวะไตเรื้อรังระยะ 3 เมื่อปี 2559 และในปี 2564 ผู้เริ่มมีค่า eGFR ลดลง เข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 4 ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ขณะติดตามเยี่ยมให้คำแนะนำผู้ป่วย

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

สรุปอาการผู้ป่วยระยะติดตามผลการรักษา (ต่อ)

ที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง เนื่องจากอ่านหนังสือไม่ออก แนะนำการจดยาเป็นหมวดหมู่ และพูดคุยญาติผู้ดูแลช่วยกำกับติดตามการรับประทานยาให้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 4

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีแผลเรื้อรังที่ตาตุ่มด้านในเท้าซ้าย และตาตุ่มด้านนอกเท้าซ้าย

การพยาบาลระยะก่อนตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง

Objective data

ผลการตรวจ FBS เท่ากับ 191 mg%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ 80-126 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยพูดคุยให้พยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเอง เพื่อลดความวิตกกังวลและภาวะเครียดในการดูแลตนเอง

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เหตุผลของการรักษาพยาบาล และการให้คำแนะนำ รวมถึงบอกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือ และคลายความวิตกกังวล

3. ประเมินความรู้และความเข้าใจเรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หลังการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วย เพื่อติดตามช่วยเหลือในอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งให้การพยาบาลและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว และแก้ไขปัญหาต่างๆ

4. ให้การพยาบาลด้วยความมั่นใจถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล

5. ซักถาม และสังเกตความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยยังมีค่าระดับ FBS สูง เท่ากับ 191 mg%

2. ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ พยาธิสภาพของโรค และแผนการดูแลรักษา

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

การพยาบาลขณะตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีแผลเรื้อรังที่ตาตุ่มด้านในเท้าซ้าย และตาตุ่มด้านนอกเท้าซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยบอกว่าเป็นแผลที่ตาตุ่มและข้อเท้า เป็นมา 1 ปี

Objective data

ผู้ป่วยมีแผลที่ตาตุ่มด้านในเท้าซ้าย ขนาดยาว ประมาณ 5 เซนติเมตร มีลักษณะขอบแผลมีหนังแข็ง แผลมีสีซีด ไม่มีเนื้อตาย บริเวณตาตุ่มเป็นลักษณะผิวหนังแข็งนูน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถดูแลแผลที่ตาตุ่มและข้อเท้าได้สะอาด และแผลหาย

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการดูแลแผลที่ตาตุ่มและข้อเท้าหาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินแผลเรื้อรังที่ตาตุ่มและข้อเท้า เพื่อวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม
2. ให้การพยาบาลด้วยการทำความสะอาดแผลบริเวณตาตุ่มและข้อเท้า
3. ให้การพยาบาลสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการดูแลแผลเรื้อรัง โดยเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตามบริบท เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหากการทำความสะอาดแผลเรื้อรังเองที่บ้าน
4. สอนผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงวิธีการทำความสะอาดแผลเองที่บ้าน
5. ประสานงานการเตรียมอุปกรณ์ในการทำแผลเองที่บ้านให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทำแผลทุกวัน
6. ซักถามความเข้าใจ และสอบถามความพึงพอใจในแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยด้วยตนเอง

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพเท้า และสามารถทำแผลได้เอง
2. หลังการทำความสะอาดบาดแผล แผลแดงดี ไม่มีหนองซึม ไม่มีกลิ่นเหม็นเน่า
3. ผู้ป่วยได้รับวัสดุ อุปกรณ์ ในการทำความสะอาดแผล เพื่อทำแผลเองที่บ้าน (บ้านไกล เดินทางมาโรงพยาบาลลำบาก)

การพยาบาลในระยะหลังตรวจ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 4

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

ผู้ป่วยมีอาการบวมที่เท้าเล็กน้อย

Objective data

ผู้ป่วยมีค่า GFR เท่ากับ 19.91 และ Creatinine เท่ากับ 2.82

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

การพยาบาลในระยะหลังตรวจ (ต่อ)

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพของไต ไม่ให้เกิดการเสื่อมมากขึ้นกว่าเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีค่า Creatinine ลดลง
2. ผู้ป่วยมีค่า GFR สูงขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพไตเสื่อม และอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น อาการบวมตามแขนขา เป็นต้น
2. ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร และการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายร่วมด้วย
3. อธิบาย และให้คำแนะนำญาติ เกี่ยวกับการดำเนินการของโรค เพื่อช่วยเหลือ และกำกับติดตามกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว อาหารที่เหมาะสมกับโรค และการมาพบแพทย์ก่อนนัดในกรณีมีภาวะแทรกซ้อน

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยคงสภาพการเสื่อมของไตให้อยู่ในระยะเดิมได้ GFR เท่ากับ 18.80 จากเดิม 17.57 (22 พฤศจิกายน 2565)
2. ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจการปฏิบัติตัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 50 ปี HN 5711 เชื้อชาติ ไทย สถานภาพสมรส คู่ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 4 เมษายน 2566 มาโรงพยาบาลด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืด ขณะนั่งรอตรวจ ไม่มีเจ็บหน้าอก นอนพักอาการดีขึ้น ไม่มีแขนขาอ่อนแรง โดย 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยนอนไม่หลับ รู้สึกหงุดหงิดง่าย ไม่ได้มีเรื่องเครียดใดๆ แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ มีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง มีแผลบริเวณข้อเท้า ข้อมือ และแขนทั้ง 2 ข้าง ประเมิน CVD risk score ได้ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10%) GFR= 19.91 ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 98 % (Room Air) อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง โรคลมชัก และมีผลเรื้อรัง ขณะตรวจผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง โดยผู้ป่วยเล่าว่ามีบุตรจำนวน 4 คน ประกอบด้วยบุตรสาว 2 คน บุตรชาย 2 คน (บุตรสาวคนโตแต่งงาน และมีบุตรสาว 1 คน ส่วนบุตรสาวคนที่ 2 และบุตรชายคนที่ 3 ยังไม่ได้แต่งงาน บุตรชายคนสุดท้องแต่งงานและไปอาศัยอยู่บ้านภรรยาที่ต่างอำเภอ) ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยที่บ้านตนเอง ซึ่งพักอาศัยในครอบครัวทั้งหมดจำนวน 7 คน (สามี ผู้ป่วย บุตรสาว 2 คน บุตรชาย 1 คน บุตรเขย 1 คน หลานสาว 1 คน รักใคร่ ประองตองกันดี แผลที่เท้าได้รับการทำแผลแต่ไม่ทุกวัน

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์การทำแผล อีกทั้งยังไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำแผล และให้คำแนะนำ และการดูแลรักษา เป็นระยะเวลา 2 เดือน ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้ลดลงได้ และแผลเรื้อรังค่อยๆ ดีขึ้นเป็นลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการศึกษาในแต่ละระยะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การพยาบาลก่อนตรวจ	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความรู้สึกตัว - ระบุตัวผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ, วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว, เจาะน้ำตาลในเลือด - ชักประวัติ และลงบันทึกการพยาบาล - สังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการ - แนะนำให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและขณะรอก่อนตรวจ - สังเกตอาการผิดปกติและอาการเปลี่ยนแปลง - จัดลำดับคิวในการเข้าตรวจ 	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความรู้สึกตัว - ระบุตัวผู้ป่วยวัดสัญญาณชีพ, วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้ว, เจาะน้ำตาลในเลือด - ชักประวัติ และลงบันทึกการพยาบาล - สังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการ - แนะนำให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยขณะรอก่อนตรวจ - สังเกตอาการผิดปกติและอาการเปลี่ยนแปลง - จัดลำดับคิวในการเข้าตรวจ
การพยาบาลขณะตรวจ	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุตัวผู้ป่วยแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ - ติดตามรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายงานแพทย์ - จัดเตรียมอุปกรณ์ และช่วยเหลือแพทย์ขณะตรวจ - สังเกตอาการผิดปกติและอาการเปลี่ยนแปลงขณะตรวจ - รับคำสั่งจากแพทย์ ลงบันทึกเอกสารแบบฟอร์มต่างๆ - แนะนำการมาตรวจตามนัดให้ผู้ป่วยทราบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ระบุตัวผู้ป่วยแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ - ติดตามรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรายงานแพทย์ - จัดเตรียมอุปกรณ์ และช่วยเหลือแพทย์ขณะตรวจ - ทำแผลเรื้อรังที่บริเวณข้อเท้า ข้อมือ และให้คำแนะนำการดูแลความสะอาด - สังเกตอาการผิดปกติและอาการเปลี่ยนแปลงขณะตรวจ

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการศึกษาในแต่ละระยะ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		<ul style="list-style-type: none"> - รับคำสั่งจากแพทย์ ลงบันทึกเอกสารแบบฟอร์มต่างๆ - แนะนำการมาตรวจตามนัดให้ผู้ป่วยทราบ
การพยาบาลหลังตรวจ	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งผลการรักษาและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ - แนะนำเรื่องโรค การรับประทานยา ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุ และแผนการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ - พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย - แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติขณะอยู่ที่บ้าน - แนะนำการตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวก่อนวันนัดครั้งถัดไป 	<ul style="list-style-type: none"> - แจ้งผลการรักษาและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบ - แนะนำเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุและแผนการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ - แนะนำการทำความสะอาดแผล - พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย - แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติขณะอยู่ที่บ้าน - แนะนำการตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวก่อนวันนัดครั้งถัดไป
การพยาบาล (ติดตามเยี่ยม)	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (จนท.รพ. สต.และเครือข่าย อสม) - ประชุมทีมร่วมกับเครือข่าย ชุมชนในการจัดเวร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลเรื่องการรับประทานยา การฉีดยา - จัดเตรียมยาแบบ Unit Dose ใช้สัญลักษณ์รูปภาพ และตัวเลข ในการบ่งบอกเวลาในการรับประทานยา - 	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำ/สอนสาธิตการทำความสะอาดแผล และการดูแลแผล - แนะนำการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย - แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติขณะอยู่ที่บ้าน - แนะนำการตรวจตามนัด และการปฏิบัติตัวก่อนวันนัดครั้งถัดไป

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการศึกษาในแต่ละระยะ (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>ดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้ป่วยมีการทรงตัวไม่ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย - พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย 	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการนำแนวทางการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
ASK (ถาม) ตั้งคำถามปลายเปิดที่นำไปสู่การสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันและลดความรุนแรงของโรค	ผู้ป่วยสามารถเล่าเหตุการณ์ที่เป็นความกังวลใจให้พยาบาลรับทราบและสอบถามสิ่งที่ต้องปฏิบัติตัว	ผู้ป่วยสามารถเล่าเหตุการณ์ที่เป็นความกังวลใจและพุดคุยสอบถามการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม	ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเหมือนและความแตกต่างในการสนทนาสร้างแรงจูงใจดังกล่าว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยปัญหาต่าง ๆ พยาบาลใช้ข้อมูลนำมาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย
Affirm (ชื่นชม) แสดงความชื่นชมในประเด็นต่าง ๆ เช่น การรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ การรับประทานยาให้ครบทุกมื้อ เป็นต้น	ผู้ป่วยมีสีหน้าที่กังวล แต่พยายามทำความเข้าใจแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม	ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการดูแลตนเอง และรับประทานยาตามคำแนะนำของพยาบาล	
Advice (แนะนำ) แนะนำให้ทางเลือกหรือให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	ผู้ป่วยเลือกแนวทางการดูแลตนเอง ด้วยการฟังพาดตนเอง ถึงแม้ว่าบุตรจะไม่ได้มาดูแล	ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางการดูแลตนเองได้	

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

สรุปผลการศึกษา

กรณีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และมีโรคไตเรื้อรัง กรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย พบว่ากรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และมีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 และภาวะซึมเศร้า กรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และมีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 โรคความดันโลหิตสูง โรคลมชัก และแผลที่ข้อเท้าเรื้อรัง โดยทั้ง 2 รายมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันคือ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ และเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากความดันโลหิตสูง สำหรับปัญหาที่แตกต่างกันในกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะซึมเศร้า กรณีศึกษาที่ 2 มีแผลที่ข้อเท้าเรื้อรัง กิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสองรายมุ่งเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ การสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง รวมถึงจัดหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผลของการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมกับโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปัจจุบัน	เป้าหมาย
		2565	2566
1. การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ 70	87.18	100
2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1C	≥ ร้อยละ 70	78.8	82.57
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ ร้อยละ 40	29.54	34.81

5.2 เชิงคุณภาพ

1. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7) ≥ 40 %
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมความดันโลหิตในเลือดได้ดี (ค่าความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท) ≥ 40 %
3. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน < 2 %

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

1. ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วม ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
2. ใช้เป็นแนวทางเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
3. ใช้เป็นองค์ความรู้ที่สามารถถ่ายทอดแก่เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล นักศึกษาพยาบาล ตลอดจนผู้มาฝึกอบรมและผู้สนใจศึกษาทั่วไป

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วม ซึ่งเป็นโรคที่มีความยุ่งยากในการดูแลและต้องระมัดระวังในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควรต้องพิจารณาความเหมาะสมของการวางแผนการดูแลด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้เข้าแนวทางการดูแลทั้งการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในระยะสั้น และระยะยาวที่ต้องมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

2. โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคลมชัก รวมถึงโรคซึมเศร้า ในกรณีศึกษา เป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งการรับประทานยาที่ถูกต้อง เหมาะสม การรับประทานยา รวมไปถึงการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตัว ซึ่งต้องการอาศัยการวางแผนรายกรณี (Case manager) ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคที่ซับซ้อน โดยต้องมีกระบวนการในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการดูแล ด้วยทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วม ขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว อันจะนำไปสู่การตระหนักถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ความรู้เหมือนผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี อีกทั้งการมีโรคร่วมยังเป็นอุปสรรคของการดูแลตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาสม่ำเสมอ การรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

3. ญาติผู้ดูแลขาดความเข้าใจในกลไกของการเกิดโรค และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังควรประเมินและวิเคราะห์ปัญหาและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และมีภาวะโรคร่วม ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2. ทีมสาธารณสุขควรสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วม และสร้างความตระหนักในการควบคุมการระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ควรมีช่องทางในการขอคำแนะนำและให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวที่หลากหลาย อาจเป็นความร่วมมือของทีมสุขภาพในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ดูแล รวมถึงเครือข่ายองค์กรในชุมชน เพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาให้ความไม่เข้าใจในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ที่อาจเจอปัญหาที่ต้องการคำแนะนำอย่างเหมาะสม

3. แบบแสดงสรุปการนำเสนอผลงาน

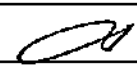
10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

นำเสนอในการประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI”
 “The Development and Professional Enhancement in BANI Era” ประเภทการนำเสนอผลงานวิชาการ
 ด้วยวาจา (Oral Presentation) รุ่นที่ 2 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2566
 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

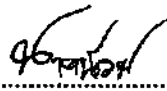
11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางแววมณี บรรพตาทิ เป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางแววมณี บรรพตาทิ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวนาคน้อย นนทวิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) 11 / สิงหาคม / 2067

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสยาม ประสานพิมพ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

(วันที่) 11 / สิงหาคม / 2067

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อ (Non-communicable disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต้อมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยโรคไม่ติดต่อ 5 อันดับที่สำคัญ ประกอบด้วย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 5 อันดับของโรคไม่ติดต้อมีต้องได้รับการดูแล นโยบายการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีความรอบรู้ (Health literacy) ในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยองค์ความรู้ อาทิ ลดหวาน มัน เค็ม และการดูแลเท้า ตรวจประเมินเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งกลไกการดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้และความร่วมมือในการดูแลรักษา จากทีมสหวิชาชีพ อย่างจริงจังและต่อเนื่องจะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นระยะเวลานาน จนผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะ ที่เรียกว่า เบาหวานสงบ (Diabetes Remission) ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การถูกตัดอวัยวะ ตาบอดจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เป็นต้น และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก อาทิ ลดค่าใช้จ่ายดูแลผู้ป่วยไตวายโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 197,700 บาท/ราย ลดค่าใช้จ่ายในการล้างไตทางช่องท้อง 227,300 บาท/ราย

เบาหวานสงบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Partial remission หมายถึงผู้ที่ระดับน้ำตาลลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง (HbA1c น้อยกว่า 6.5 %) อย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปีโดยไม่ได้ใช้ยา 2) Complete remission หมายถึงผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติโดยไม่ใช้ยาเป็นเวลา 1 ปี และ 3) Prolong remission หมายถึงผู้ที่มีภาวะ complete remission ได้นานต่อเนื่องกันเกิน 5 ปีขึ้นไปโดยไม่ใช้ยา จากการดูแลตนเองให้เบาหวานสงบส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระหลังจากการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ที่เป็นผลของการรักษาที่เคยได้รับแต่ละวิธีจะมีผลต่อร่างกายแตกต่างกัน การติดตามต่อเนื่องและการติดตามโรคแทรกซ้อนเบาหวาน ทั้งตา ไต เท้าและโรคหัวใจและหลอดเลือด จำเป็นต้องติดตามต่อเนื่องเพราะภาวะ metabolic memory อันเป็นผลเสียที่เกิดขึ้นต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องยังคงอยู่ในผู้ที่เคยมีน้ำตาลสูงมาก่อน การบริหารจัดการเชิงระบบทั้งการดูแลสุขภาพและการดูแลต่อเนื่องจึงเป็นบทบาทสำคัญของทีมสหวิชาชีพที่ต้องวางแผนร่วมกัน ซึ่งทีมสหวิชาชีพที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 7 แห่ง ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับอำเภอ ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และองค์กรภาคีเครือข่ายในพื้นที่

จากข้อมูลโรคเบาหวาน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ พบในปี 2562-2566 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 1,516 1,567 1,586 1,679 และ 1,715 คน ตามลำดับ พบมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C < 7 %) ในปี 2562-2566 คิดเป็นร้อยละ 26.32 34.84 41.61 33.98 และ 34.81 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าว จะพบว่าผู้ป่วยส่วนน้อยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและกำหนดให้เขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพทุกเครือข่ายทั่วประเทศ ให้มีการดำเนินงานโรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นให้กับผู้ป่วย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ได้มีการดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2566 ซึ่งที่ผ่านมายังมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ทั้งด้านการประสานงาน แนวทางการดูแล เครื่องมืออุปกรณ์ การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดการใช้ยา และหยุดยา ในปี งบประมาณ 2567 จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ จำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Change) เพื่อปรับกลไกการทำงานของร่างกาย อันจะนำไปสู่การลดการเกิดโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยมีการประยุกต์แนวคิดทางจิตวิทยาและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเข้าไว้ด้วยกัน แนวคิดทางจิตวิทยาการปรับพฤติกรรม มิคุลัส (Mikulas, 1978:9-12) ได้กำหนดคุณสมบัติของกระบวนการปรับพฤติกรรม หรือคุณสมบัติของการปรับพฤติกรรมไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. การปรับพฤติกรรมไม่เน้นอดีต (Ahistorical) หมายความว่า การปรับพฤติกรรมไม่สนใจมากนักว่าบุคคลมาจากไหน และปัญหาเกิดมาอย่างไรในอดีต แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมของบุคคล ณ ที่นี้และขณะนี้ (Here and Now) เป็นสำคัญคือสนใจว่าปัจจัยใดในขณะนั้นก่อให้เกิด และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในปัจจุบัน แต่ข้อมูลในอดีตจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับพฤติกรรม ในกรณีที่ข้อมูลนั้นเป็นสิ่งที่ช่วยให้นักปรับพฤติกรรมทราบ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมที่ เกิดขึ้นในปัจจุบัน

2. การปรับพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้การตีตรา หลีกเลี่ยงการจัดประเภทบุคคล และการใช้คำบางคำเช่น “อปกติ” ทั้งนี้เพราะการตีตราและการจัดประเภทบุคคล อาจจะมีประโยชน์ในเชิงการบริหารและการสื่อสาร และอาจช่วยแนะว่าตัวแปรใดที่ควรพิจารณา ในระหว่างการประชุมพฤติกรรม แต่การตีตราและจัดประเภทบุคคลไม่เป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์พฤติกรรมมากนัก ตรงกันข้ามการตีตราบุคคลอาจจะเป็นการทำลายบุคคล (คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนอย่างไร อาจจะทำ) ให้บุคคลมีพฤติกรรมไม่เป็นปกติเช่นนั้นก็ได้ เช่นคนที่ถูกตีตราว่า เป็นคนอ้วนแล้ว พฤติกรรมของเขาอาจเปลี่ยนแปลงได้อ้วนมากยิ่งขึ้นก็ได้) นอกจากนี้ การตีตราหรือการจัดประเภทบุคคลอาจจะ ทำให้นักปรับพฤติกรรมมองข้ามพฤติกรรมที่เป็นแบบฉบับของบุคคลนั้นคำว่า “อปกติ” “เบี่ยงเบน” และคำว่า “ความเจ็บป่วยทางจิต” คำเหล่านี้เป็นภาวะสันนิษฐาน (Construct) ซึ่งบุคคลในแต่ละวัฒนธรรมให้นิยามไม่ตรงกับพฤติกรรมอย่างหนึ่งอาจถือว่าเป็น พฤติกรรม อปกติในสังคมหนึ่งแต่อาจเป็นพฤติกรรมปกติ ในอีกสังคมหนึ่งก็ได้เช่น

เด็กพูดโต้แย้งผู้ใหญ่ใน สังคมตะวันตกถือว่าเป็นพฤติกรรมปกติ เป็นการกล้าแสดงออกแต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับ อาจถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ขาดสัมมาคารวะ เป็นสิ่งที่ไม่ควรประพฤติ

3. การปรับพฤติกรรม เป็นเรื่องเข้าใจได้ (Sensible) หมายความว่า ในการปรับพฤติกรรม บางโปรแกรมสามารถอธิบายให้ผู้รับการปรับพฤติกรรม ครู ผู้ปกครอง ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องเข้าใจได้ โดยที่พวกเขาเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องรู้อารมณ์เชิงทฤษฎีและคำนิยามเฉพาะใด ๆ ก็ได้ (เพราะการ ปรับพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่มีความชัดเจนสามารถเข้าใจได้ง่าย) การให้เหตุผลและทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้องได้ จะทำให้ได้รับความร่วมมือ จากผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นเป็นอย่างดีในการ ดำเนินการปรับพฤติกรรม

4. ความสัมพันธ์ระหว่างนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรม ไม่จำเป็นต้องเป็นความสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (One-To-One Relationship) นั้นหมายความว่าในการปรับพฤติกรรมนั้น ไม่ใช่เฉพาะนักปรับพฤติกรรมเพียงคนเดียวเท่านั้นที่สามารถปรับพฤติกรรมของบุคคลได้ และ จะต้องดำเนินการปรับพฤติกรรมของผู้รับการปรับพฤติกรรมเป็นรายบุคคล ในการปรับพฤติกรรม สามารถฝึกใครก็ตาม เช่นครู ผู้ปกครอง บุคลากร นิสิตนักศึกษาหรือผู้เกี่ยวข้องอื่นใด ให้มีความ เชื่อมมั่นในตนเอง มีความคิดเชิงบวกที่ต้องการพัฒนา และสามารถใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมไปปรับตนเองและผู้อื่นก็ได้ การปรับพฤติกรรมบางอย่างก็สามารถกระทำเป็นกลุ่มพร้อมกันได้

5. ในการปรับพฤติกรรมสามารถฝึกบุคคลให้ปรับพฤติกรรมของตนเองได้ เทคนิคที่ใช้ ส่วนใหญ่ ได้แก่ เทคนิคการควบคุมตนเอง (Self-Control) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) ซึ่งเป็นวิธีการปรับพฤติกรรมที่ฝึกให้บุคคลกระทำการปรับพฤติกรรมตนเองได้ด้วยตัวเอง เทคนิค การควบคุมตนเอง เป็นเทคนิคที่ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของบุคคลเป็นอย่างมาก บุคคลสามารถเรียนรู้ทักษะการควบคุมตนเองจากแหล่งต่าง ๆ ได้เช่น จากผู้ใกล้ชิด จากนิตยสาร จากตำรา จากคลินิกจากโทรทัศน์ หรือจากการให้คำปรึกษาและการฝึก เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า วิธีการยกระดับคุณภาพชีวิตด้วยการปรับพฤติกรรม จะเป็นการเน้นไปที่พฤติกรรมของบุคคลที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะต้องใช้หลักการของ สกินเนอร์ (B.F. Skinner) คือ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบวางเงื่อนไขการเสริมแรงทางบวกและการเสริมแรงทางลบ เพื่อให้พฤติกรรมนั้นยุติลง ตลอดจนการใช้หลักการปรับพฤติกรรมของ มิคุลัส (Mikulas) ที่กล่าวไว้ว่าในการปรับพฤติกรรมจะไม่เน้นอดีต หลักเลี่ยงการใช้การตีตราหรือจัดประเภทบุคคล มีการทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องว่าในการปรับพฤติกรรม เป็นเรื่องที่สามารถเข้าใจได้ ความสัมพันธ์ของนักปรับพฤติกรรมกับผู้รับการปรับพฤติกรรมไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กันแบบตัวต่อตัว อาศัยเทคนิคในการปรับพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความคิด เชิงบวกและเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถกระทำเป็นกลุ่มได้และการปรับพฤติกรรมจะฝึกให้บุคคลสามารถปรับพฤติกรรมของตนเองได้

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เครื่องช่วยสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)
2. โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์และเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) มีช่องทางในการให้คำปรึกษาและช่องทางการติดต่อประสานงานการส่งต่อที่ดี ระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ ชุมชน ญาติ และผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์) ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ญาติและผู้ป่วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) และแนวคิดกระบวนการวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ของ ศาสตราจารย์เดมมิ่ง (Deming's cycle) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องและทำให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

Plan (การวางแผน)

1. ทบทวนเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับอำเภอเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์
3. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์

Do (การดำเนินงาน)

1. จัดประชุมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ออกแบบ จัดทำการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั้งเครือข่าย
2. ทีมสหวิชาชีพดำเนินการทบทวนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ให้มีความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน
3. พัฒนาสมรรถนะให้กับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
4. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและการรายงานผ่านทาง Google Drive
5. เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี
6. จัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต

7. พัฒนาระบบการดูแลรักษาผ่านการสื่อสารทางไกล เพื่อลดระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล
8. มีการติดตามค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และความดันโลหิต 2 ครั้งต่อสัปดาห์
9. ทีมสหวิชาชีพมีการทบทวนเคส ทุกสัปดาห์

ระยะเวลาดำเนินงาน วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

Check (การประเมินผล)

เบาหวานสงบ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) Partial remission หมายถึงผู้ที่มีระดับน้ำตาลลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง (HbA1c น้อยกว่า 6.5 %) อย่างน้อยเป็นเวลา 1 ปีโดยไม่ได้ใช้ยา 2) Complete remission หมายถึงผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติโดยไม่ใช้ยาเป็นเวลา 1 ปี และ 3) Prolong remission หมายถึงผู้ที่มีภาวะ complete remission ได้นานต่อเนื่องกันเกิน 5 ปีขึ้นไปโดยไม่ใช้ยา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) จึงมีการติดตามตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	
		2566	2567
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการปรับลดยา	ร้อยละ 50	33.33	ยังไม่ประเมิน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการหยุดยา	ร้อยละ 30	20.0	ยังไม่ประเมิน

Act (การปรับปรุง)

จากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงมีการดำเนินการพัฒนาระบบดังนี้

1. ปรับปรุงและติดตามระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)
2. พัฒนาวิชาการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต) จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) ให้เชื่อมโยงกับเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่ ชุมชน และผู้ป่วย
 - กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีเกณฑ์ดังนี้
 1. เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
 2. ได้รับการวินิจฉัย ไม่เกิน 5 ปี
 3. ดัชนีมวลกาย > 25 กก/ตารางเมตร
 4. อายุ 18 - 65 ปี
 5. ไม่มีโรคแทรกซ้อน

4. มีการพัฒนาโปรแกรม SAWANG CONNECT เพื่อใช้ในการสื่อสารและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย
5. มีการทบทวนร่วมกับสหวิชาชีพ ทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์

**ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)
เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี**

ระบบเดิม	ระบบใหม่
<ul style="list-style-type: none"> ● แนวทางการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน ขาดแนวทางปฏิบัติ ● ทีมสหวิชาชีพ ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เข้าสู่ โรคเบาหวานระยะสงบ ● ขาดการประชาสัมพันธ์โครงการอย่างต่อเนื่อง ● การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมโครงการ <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 - อายุ ไม่เกิน 60 ปี - มีโทรศัพท์ที่สามารถสื่อสารทางระบบ Line ได้ - ไม่มีโรคแทรกซ้อน - มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ ● ดำเนินงานเฉพาะในโรงพยาบาล ● ไม่มีการเชื่อมประสานอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามค่าระดับน้ำตาล ค่าความดันโลหิต และติดตามเยี่ยม ● ไม่มีโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ● ขาดเครื่องมืออุปกรณ์ ในการติดตามค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และความดันโลหิต 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีคู่มือการปฏิบัติงาน ● มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เป้าหมาย ● มีการจัดแบ่งหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพชัดเจน ● มีการประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ “เบาหวานระยะสงบ” สำหรับผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ ● การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมโครงการ <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 - อายุ ไม่เกิน 18-65 ปี - ไม่มีโรคแทรกซ้อน - บำบัดด้วยโรคเบาหวานไม่เกิน 5 ปี ● ดำเนินการในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสว่างวีระวงศ์ ● มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และวัดความดันโลหิต ในรายที่ไม่สามารถเจาะเลือดเองได้ ● มีช่องทางการสื่อสารผ่านโปรแกรม Sawang Connect ● มีการติดตามอาการผู้ป่วยทุกวันผ่านช่องทาง LINE และโทรศัพท์ ● มีระบบการดูแลรักษาทางไกล ● ได้รับงบประมาณในการจัดซื้อเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว และเครื่องวัดความดันโลหิต

3.2 แนวความคิด

1. รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ประกอบไปด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

องค์ประกอบรายละเอียด	องค์ประกอบรายละเอียด
1. นโยบายและทรัพยากรของชุมชน (Community resources and policy)	หน่วยบริการสุขภาพจะต้องมีการประสานงานเพื่อเชื่อมโยงชุมชน และ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและสนับสนุน ทรัพยากร เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. หน่วยงานบริการสุขภาพ (health Systems organization of health care)	ระบบสุขภาพที่สนับสนุนจากผู้บริหาร โดยผู้บริหารมีการกำหนด นโยบาย และสนับสนุนให้สถานบริการทุกระดับ ให้ความสำคัญ ในการพัฒนา ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมี โครงสร้างการเบิกจ่ายหรือ ตอบแทนการดูแลรักษาพยาบาลที่ ครอบคลุมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support)	การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความมั่นใจในการจัดการ ดูแล ความเจ็บป่วย จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือวิธีที่ใช้ในการ ดูแลตนเอง สามารถประเมินปัญหาอุปสรรคและความสำเร็จใน การดูแลตนเองเป็น ระยะๆอย่างสม่ำเสมอ
4. การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design)	ระบบบริการที่เชื่อมโยงตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการปรับ ระบบ บริการ ที่สามารถเชื่อมโยงกันในสถานบริการทุกระดับอย่าง มีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรเพื่อการวางแผน ดูแลผู้ป่วย ระยะยาว รวมทั้ง ระบบการดูแลภาวะเฉียบพลัน
5. การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support)	มีแนวทางเวชปฏิบัติที่มีหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์ เป็นแนวทาง ในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับสถานบริการทุกระดับ รวมทั้ง การจัดให้ มีระบบให้คำปรึกษาเมื่อมีความพร้อมเพียงพอ
6. ระบบสารสนเทศทางคลินิก (Clinical Information system)	มีระบบสารสนเทศทางคลินิก ที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึง กัน เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เป็นไปตามแนวทาง

2. แนวความคิดหลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA)

วงจรการควบคุมคุณภาพ (PDCA Cycle) หรือ วงจรเดมมิ่ง เป็นแนวคิดการพัฒนาการทำงานเพื่อควบคุม คุณภาพงานให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

Plan คือ กำหนดปัญหา วางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการทำงานที่ได้ผลงาน การปรับปรุง เปลี่ยนแปลง การพัฒนาสิ่งใหม่

Do คือ การปฏิบัติตามแผนที่มีการกำหนดไว้

Check คือ การประเมินผลการดำเนินงานตามขั้นตอน และการประเมินผลงานตามเป้าหมายของแผนงานที่ได้มี การกำหนดไว้

Act คือ การนำผลประเมินที่ได้มาทำการวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาแผน ในการปรับปรุงต่อไป ในส่วนนี้ควรจะเสนอแนะปัญหา แนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหา

วงจรคุณภาพ PDCA เป็นการปรับปรุงพัฒนาระบบงานที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีก โดยควรจะมีการดำเนินการต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด จึงเป็นที่มาขอแนวคิดการควบคุมคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.3 ข้อเสนอ

การประยุกต์ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ มีกลยุทธ์ที่มาจากหลายทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดการผสมผสานเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ ซึ่งทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั่วไปที่นำมาผสมผสาน และบูรณาการให้เกิดแนวคิดทฤษฎีที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไปมาจาก 4 ทฤษฎีหลัก ประกอบด้วย

1. Theories of health behavior change 5
2. Self-regulation theories
3. Social support theory
4. Research related to self-management of chronic illnesses

ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำมาผสมผสาน มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความรู้และความเชื่อ (Knowledge & Beliefs)
2. การกำกับตนเอง (Self-Regulation skill & Ability)
3. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเครือข่ายสังคม (Social facilitation & Community participation)

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานประสบผลสำเร็จ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยุ่ยยากและซับซ้อนในการดำเนินงาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเกิดผลสัมฤทธิ์น้อยเพราะผู้ป่วยจะกลับมาสู่พฤติกรรมเดิมและล้มเลิกความตั้งใจก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมถาวรขึ้น การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเข้าใจการดูแลสุขภาพที่แท้จริง และสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยพึงระลึกอยู่เสมอถึงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เป็นแนวทางที่มีช่วยแก้ไขข้อจำกัดของการดูแลสุขภาพให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ถึงอย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ที่มีทั้งองค์ความรู้ ความตั้งใจ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อาจจะทำให้ผู้ป่วยหลายรายเกิดการวนซ้ำของพฤติกรรมในการเริ่มปรับเปลี่ยน กลับมาล้มเลิกความตั้งใจ และกลับมาตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ซ้ำไปซ้ำมา และประสบผลสำเร็จยาก บางครั้งทำให้เกิดความท้อแท้ เพื่อหนายกับการพยายามที่จะทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้น

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. ผู้ป่วยล้มเลิกความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงออกจากโครงการ
2. ผู้ป่วยบางรายไม่มีเครื่องมือสื่อสาร (โทรศัพท์ Smart Phone)/ใช้เครื่องมือสื่อสารผ่านช่องทาง Line

ไม่ได้ จึงเป็นอุปสรรคในการติดต่อสื่อสาร

3. เครื่องมือ อุปกรณ์ (เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต) มีไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการทุกราย

3.5 แนวทางแก้ไข

1. จัดให้มีการฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)

2. มีการประชาสัมพันธ์โครงการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายได้รับทราบแนวทางการดูแลรักษาเบาหวานให้เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

3. มีการนิเทศและกำกับการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์

4. มีการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการติดตามค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และความดันโลหิต รวมทั้งเชื่อมโยงประสานในการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล

5. จัดทำแผนขออนุมัติจัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ ในการดูแลติดตามผู้ป่วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้และความเข้าใจเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)

3. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วม โครงการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)

4. ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมาย มีระดับ HbA1C ลดลง และสามารถลดยา และหยุดยาได้

5. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วย

6. มีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็ง ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนเทศบาล/ตำบล ญาติ และผู้ป่วย

7. ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการไม่เกิดภาวะโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน $\geq 80\%$

2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ สามารถปรับยาลดลงได้ $\geq 50\%$

3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ สามารถปรับยาหยุดยาได้ $\geq 30\%$

4. ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางการแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) $\geq 90\%$

5. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจ ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission) เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี $\geq 80\%$

(ลงชื่อ)

(นางแววมณี บรรพตธิ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 11 / ตุลาคม / 2067

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์
: กรณีศึกษา 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กรกฎาคม 2566–30 พฤศจิกายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. Pathophysiology sepsis ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) คือ ภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ โดยการวินิจฉัยเมื่อมีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร่วมกับมีอาการแสดงของ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) อย่างน้อย 2 ข้อ เริ่มต้นจากการติดเชื้อหรือ inflammatory foci ในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งจะมีการหลั่งสาร endotoxin, exotoxin, peptidoglycans และอื่นๆ ทำให้มีการกระตุ้น host defense system ที่สำคัญคือ monocyte, neutrophil และ endothelial cell ให้หลั่ง mediator ต่างๆที่สำคัญคือ tumor necrosis factor (TNF) , IL-1 จากข้อมูลในปัจจุบันเชื่อว่า TNF, IL-1 จะไปกระตุ้นการสร้างและการหลั่ง cytokine ต่างๆ เช่น TNF, IL-1, IL-2 และอื่นๆ กระตุ้น complement pathway, coagulation system, platelet activating factors และอื่นๆ ส่งผลให้มี inflammatory response ทั่วๆไปในร่างกาย Systemic inflammation และความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้มีผลต่อการทำงานของเซลล์ต่างๆ ทำให้อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่เสียไป ส่วนการเสื่อมหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดเกิดจากความผิดปกติตั้งแต่ระดับเซลล์ microcirculation เช่น vasoconstriction, vasodilatation และ vascular leakage และ myocardial depression ส่งผลโดยภาพรวมให้มีความผิดปกติหรือเกิดภาวะช็อก หากไม่ได้รับการแก้ไขร่างกายจะเข้าสู่ภาวะ hyperdynamic state โดยมีการตีบตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้เลือดสูบฉีดมากขึ้น cardiac output เพิ่มขึ้นและปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดเริ่มสูงขึ้นไปด้วย แต่ปริมาณออกซิเจนที่มากขึ้นเนื้อเยื่อไม่สามารถนำออกซิเจนไปใช้ได้ เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง เซลล์เนื้อเยื่อต่างๆจะค่อยๆเสื่อมสภาพจนเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุด หากอวัยวะล้มเหลวพร้อมๆกันหลายระบบ (Multiple Organ Failure) อาจถึงแก่ชีวิตได้

2. การวินิจฉัยภาวะ sepsis ดังนี้

2.1 Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) คืออาการที่เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ ประกอบด้วย

- Temperature $> 38^{\circ} \text{C}$ or $< 36^{\circ} \text{C}$
- Heart rate > 90 beats/min
- Respiratory rate > 20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg
- WBC $> 12,000/\text{mm}^3$, $< 4,000/\text{mm}^3$ หรือมี band form neutrophil $> 10\%$

2.2 Sepsis คือ ภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ โดยวินิจฉัยเมื่อมีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับมีอาการแสดงของ SIRS อย่างน้อย 2 ข้อ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3.1 ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

- Urine output < 0.5 mL/kg/hr.
- ของเสียในร่างกายคั่ง, Creatinine > 2.0 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- ภาวะเลือดเป็นกรด ,blood lactate level > 4 มิลลิโมล/ลิตร
- Apillary refill time > 2 วินาที, ผิวหนังลาย (mottling) จากการไหลเวียนเลือดที่ลดลง
- ปริมาณ O₂ ในเลือดลดลง ระดับ O₂sat < 95 %
- ระดับความรู้สึกตัวลดลง
- ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด INR > 1.5 หรือ PTT > 60 วินาที
- Platelet count < 100,000 ตัว/ไมโครลิตร
- Bilirubin > 2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
- Systolic blood pressure < 90 มิลลิเมตรปรอทหรือลดลง > 40 มิลลิเมตรปรอท หรือความดัน

โลหิตเฉลี่ย > 65 มิลลิเมตรปรอท

2.4 Septic shock คือ ภาวะ sepsis ที่ยังคงมี systolic blood pressure < 90 มิลลิเมตรปรอทหรือ systolic blood pressure ลดต่ำลง > 40 มิลลิเมตรปรอท จากระดับเดิมหรือ mean arterial pressure < 70 มิลลิเมตรปรอท แม้ว่าผู้ป่วยได้รับ fluid resuscitation อย่างเพียงพอแล้ว

3. ความรู้และทักษะด้านศาสตร์การพยาบาล เช่น กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ การคัดกรอง การเฝ้าระวังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

4. ความรู้แนวทางการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาล เช่น เครื่องมือการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้ quick Sepsis Organ Failure Assessment (qSOFA) มีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้
1) Respiratory rate \geq 22/min 2) Altered mentation 3) Systolic blood pressure \leq 100 มิลลิเมตรปรอท หรือใช้ Search Out Severity Score (SOS) หากค่า qSOFA \geq 2 หรือ SOS \geq 4 ให้สงสัย ภาวะ sepsis

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพที่ดี

6. ความรู้แนวทางการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลัก Six bundle sepsis protocol เพื่อการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็วสามารถลดอัตราการตายในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงได้

3.2 ความชำนาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. มีความชำนาญในการบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านนโยบายยุทธศาสตร์สุขภาพ ด้านโครงการและแผนปฏิบัติการ ด้านแนวทางการรักษาผู้ป่วยเฉพาะโรค

2. ความชำนาญในด้านการบริหาร บริการ วิชาการ การประสานงานในหน่วยบริการทางการพยาบาล เช่น งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หน่วยงานควบคุมการติดเชื้อและกลุ่มงานการพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3.2 ความชำนาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

3. ความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น โรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis/Septic shock) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

4. มีความชำนาญในการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล การประกันคุณภาพการพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับเขตและประเทศ

3.3 ความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ความเชี่ยวชาญด้านการบริหารโครงการ การวิเคราะห์ปัญหา การปฏิบัติงาน การวางแผนแก้ไขปัญหาแผนงานโครงการ เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการปฏิบัติงานพยาบาลและที่เกี่ยวข้องในหน่วยงาน รวมถึงการหาแหล่งทุนสนับสนุนโครงการและแผนงาน

2. ความเชี่ยวชาญด้านการประสานงาน ในการชี้แจงให้รายละเอียดข้อมูล ข้อคิดเห็น คำแนะนำ แนวทางปฏิบัติข้อเท็จจริงที่มีรายละเอียดยากและยากมาก และมีความหลากหลายของบุคคลและสถานการณ์ แวดล้อมที่แตกต่างกัน เพื่อสื่อสารความเข้าใจและสร้างความร่วมมือให้กับผู้ปฏิบัติ ทีมสหวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก

3. ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยวิกฤติ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. ความเชี่ยวชาญในการพัฒนาระบบบริการด้วย Service plan โดยใช้เครื่องมือตามหลักของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางของ The Agency for Health Care Policy Research (AHCPR) โดยประกอบด้วย นโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ขอบข่าย คำจำกัดความ แบบประเมินการให้คะแนนอาการเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (SOS score) การประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบเร็วด้วย (The Quick Sequential Organ Failure Assessment) ชุดปฏิบัติ 6 ข้อ (Sepsis 6 bundle care) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

3.4 ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1. ประสบการณ์ในการวางแผนและร่วมวางแผนในด้านการบริหารจัดการ การปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพของงานที่ยากมาก โดยต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญที่สูงมากในการแก้ปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เพื่อมาวิเคราะห์ ตัดสินใจกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และพัฒนา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ผลสัมฤทธิ์ของงานตามที่กำหนด เช่น ประสบการณ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลตามมาตรฐาน NQA ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ประสบการณ์การประกันคุณภาพการพยาบาลในหน่วยบริการพยาบาล

2. ประสบการณ์ในการนิเทศทางการพยาบาลและร่วมการนิเทศทางการพยาบาล รวมถึงการตรวจสอบ กำกับ ติดตาม ประเมินผล การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในระดับกลุ่มงานและหน่วยงานทางการพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

3.5 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล โดยทฤษฎีการดูแลตนเองกล่าวถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สำหรับทฤษฎีระบบการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ

1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) พยาบาลจะเป็นผู้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด

2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partial compensatory nursing system) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Support-educative system) พยาบาลจะมีบทบาทในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย

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

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วน ในปี 2015 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis มากกว่า 30 ล้านประชากรโลกในทุกๆปี และมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากถึง 6 ล้านคน โดยพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกแล้วประมาณ 5,760 ล้านคน (77.70/100,000 ประชากรต่อปี) (WHO, 2017) Sepsis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากรโลก จะเห็นได้ว่าประชากรทั่วโลกเกิดภาวะนี้และมีอัตราการตายสูงถึง 1 ใน 4 ราย (Rhodes, Evans, Alhazzani, Levy, Antonelli, Ferrer et al, 2017) ในปี 2559, 2560 และ 2561 ประเทศไทยพบผู้ป่วย Sepsis ประมาณ 175,000 รายต่อปี มีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต 45,000 รายต่อปี โดยพบอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดที่ติดเชื้อมาจากบ้าน หรือชุมชน (Community-acquired Sepsis) ร้อยละ 34.79, 32.03, และ 34.65 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2019) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดคือ ร้อยละ 30 สำหรับปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired Sepsis จำนวน 68,142 คน มีอัตราตายร้อยละ 32.46 (Ministry of Public Health, 2019) ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คือการได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การได้รับการรักษานอกห้องผู้ป่วยวิกฤต การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี 2564-2566 จำนวน 48, 43 และ 48 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2564-2566 จำนวน 32, 26 และ 17 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์, 2566) โดยจากปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า หากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง เพื่อให้ได้รับ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

บทนำ (ต่อ)

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี 2564-2566 จำนวน 48, 43 และ 48 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2564-2566 จำนวน 32, 26 และ 17 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์, 2566) โดยจากปัญหาการปฏิบัติการพยาบาลพบว่า หากผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วนำไปสู่กระบวนการวางแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าระวัง Early warning sign ต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรุนแรงของโรค และไม่ให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติหรือร่วมกับมีภาวะอวัยวะภายในต่างๆ ล้มเหลว ตลอดจนการเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จึงให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้มีการจัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมุ่งเน้นในแนวทางการจัดการและส่งต่อผู้ป่วยมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน แต่ยังไม่มีความชัดเจนในแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เป็นการปฏิบัติตามความรู้ ประสบการณ์และทักษะของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และงานการพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและป้องกันการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน และศึกษากรณีศึกษาในการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย การคัดกรอง การรักษา การพยาบาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของกรณีศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา 2 ราย
3. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถของพยาบาลทั้งในด้านทฤษฎี และปฏิบัติ ตลอดจนประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานร้อยละ 100
2. ผู้ป่วย และญาติมีความรู้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อมีการจำหน่ายกลับบ้าน มากกว่าร้อยละ 90

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขั้นตอนการดำเนินการ

โดยเขียนในรูปแบบ Gant Chart ดังนี้

กิจกรรม	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.
1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 2 ราย ในโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์	←→				
2. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย	←→	←→			
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี และแผนการรักษาของแพทย์	←→	←→			
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา งานวิจัย ทฤษฎี และสื่อ internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าและผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญและแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา		←→	←→		
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ		←→	←→		
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน			←→	←→	
7. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล			←→	←→	
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษา มาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี			←→	←→	
9. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข					←→

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี HN 29242 เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 9 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เวลา 05.09 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ใช้ หนาวสั้น ถ่ายเป็นน้ำ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน case brain abscess ผ่าตัด Craniectomy Left ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 23 มิถุนายน 2566 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 รับประทาน Clindamycin 150 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร มีผื่นแดงตามร่างกาย มีอาการคัน

1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีใช้ หนาวสั้น ถ่ายเป็นน้ำ 2 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ไม่มีอาเจียน ร่วมกับมีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย เป็นตุ่มนูน มีอาการคัน เทียบเปลี่ยนมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา Meropenam, Vancomycin และ Phenytoin

ประวัติการผ่าตัด Craniectomy Left วันที่ 23 มิถุนายน 2566

ประวัติการดื่มสุรา ตามเทศกาล

ประวัติการสูบบุหรี่ วันละ 1-2 มวน เป็นเวลา 20 ปี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทยวัยกลางคน ผิวสีดําแดง รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 59 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร BMI 21.67 kg/m² เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาดเหมาะสม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/45 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ : ผิวสีดําแดง capillary refill 2 sec ผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย เป็นตุ่มนูน

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ : บริเวณศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง มีรอยแผลผ่าตัดเปิดกะโหลกที่ศีรษะข้างซ้าย (Craniectomy Left) ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีดำ

ตา : ตาสองข้าง ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาไม่ซีดไม่เหลือง ไม่มีอาการบวม รูปร่างตาขยายเท่ากัน 2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาทั้งสองข้างดี การมองเห็นปกติ

หู : ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อบุจมูกไม่มีการอักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ

คอ : รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คลำไม่พบก้อน

3. แบบแสดงสรุปการเล่นผลงาน

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ(ต่อ)

หัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ชีพจรเต้น 100 ครั้งต่อนาที
ความดันโลหิต 88/45 มิลลิเมตรปรอท เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

ทรวงอกและระบบหายใจ : ทรวงอกไม่เปื้อน การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง clear both lung ไม่มีหน้าอกบุ๋ม

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง : คลำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดเจ็บ ไม่มีรอยแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS E4V5M6 รูปร่างตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประสาทรับความรู้สึกปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 5

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ CBC วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Hemoglobin	11.6%	ค่าปกติ 12-16%	ค่าปกติ
Hematocrit	32%	ค่าปกติ 35-49%	ค่าปกติ
WBC	11,450 cell/mm	ค่าปกติ 5,000-10,000 cell/mm	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
PLT count	313,000 cell/mm	ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/mm	ค่าปกติ
Neutrophil	94%	ค่าปกติ 55-75%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Lymphocyte	2%	ค่าปกติ 25-35%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Monocyte	2%	ค่าปกติ 2-10%	ค่าปกติ
Eosinophil	2%	ค่าปกติ 1-3%	ค่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ผลการตรวจ Electrolyte วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Sodium	130.3 mmol/L	ค่าปกติ 135–145 mmol/L	ค่าปกติ
Potassium	3.64 mmol/L	ค่าปกติ 3.5–5.3 mmol/L	ค่าปกติ
Chloride	98.3 mmol/L	ค่าปกติ 95–105 mmol/L	ค่าปกติ
CO2	19.90 mmol/L	ค่าปกติ 21–34 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะเลือดเป็นกรด
BUN	61 mg/dL	ค่าปกติ 6.0–20.0 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน
Creatinine	4.83 mg/dL	ค่าปกติ 0.9–1.3 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ผลการตรวจ UA วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

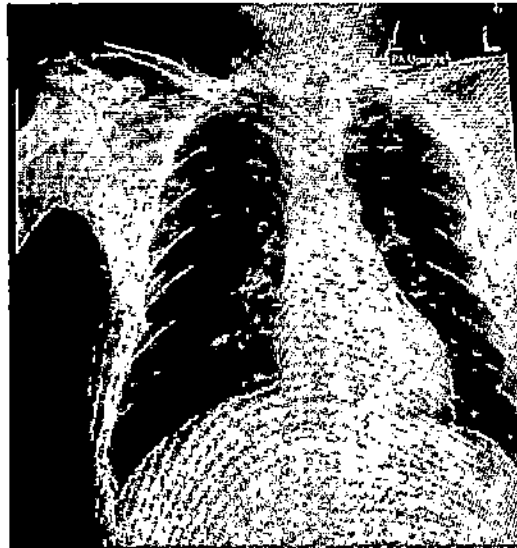
สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Color	yellow	yellow	ค่าปกติ
Appearance	Slightly turbid	Clear	ค่าปกติ
Sp.Gr	1.030	1.003–1.035	ค่าปกติ
pH	5.0	4.5–8.0	ค่าปกติ
Protein	1+	Negative	มีโปรตีนในปัสสาวะที่มีสาเหตุจากไตถูกทำลาย (Kidney damaged)
Glucose	Negative	Negative	ค่าปกติ
Blood	2+	Negative	มีเลือดปนในปัสสาวะ เกิดจากการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ
Ketone	Negative	Negative	ค่าปกติ
Bile	Negative	Negative	ค่าปกติ
Urobilinogen	Normal	Negative	ค่าปกติ
Nitrite	Negative	Negative	ค่าปกติ
Leukocyte	Negative	Negative	ค่าปกติ
WBC	0–1/HPF	0–5/HPF	ค่าปกติ
RBC	1–2/HPF	0–5/HPF	ค่าปกติ
Epithelial	1–2/HPF	0–5/HPF	ค่าปกติ
Bacteria	Moderate bladder		

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ผลการตรวจ Hemoculture วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	คำปกติ	แปลผล
H/C ขวดที่ 1	No growth after 2 day	No growth	คำปกติ ไม่พบเชื้อ
H/C ขวดที่ 2	No growth after 2 day	No growth	คำปกติ ไม่พบเชื้อ

ผลการฉายภาพรังสีเอ็กซเรย์ วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566: No infiltration



การวินิจฉัยโรค

ครั้งแรก : Septic shock with gastroenteritis with Acute renal failure with anaphylaxis

ครั้งสุดท้าย : Septic shock with Acute renal failure with drug allergy

การรักษา

1. 0.9% NSS 1,000 ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hr
2. Ceftriaxone 2 gm IV stat
3. Levophed 4 mg : D5W 100 ml IV drip start 5 microdrop/min
4. CPM 10 mg IV stat
5. Dexamethasone 4 mg IV stat
6. Adrenaline 0.5 ml IM stat

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

สรุปอาการผู้ป่วยระยะรับใหม่ (ห้องฉุกเฉิน)

วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เวลา 05.09 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ case brain abscess ผ่าตัด Craniectomy Left ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 23 มิถุนายน 2566 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 รับประทาน Clindamycin 150 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร มีผื่นแดงตามร่างกาย มีอาการคัน 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ถ่ายเป็นน้ำ 2 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ไม่มีอาเจียน ร่วมกับมีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย เป็นตุ่มนูน มีอาการคัน เหนื่อย เพลียมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ปฏิเสธประวัติ contact COVID-19 จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารักษาที่ โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ แรกรับอุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/45 มิลลิเมตรปรอท DTX = 180 mg/dL ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ประเมินผู้ป่วยฟุ้งปอด clear both lung, ส่ง CXR : no infiltration ผล Lab: CBC (WBC 11,450 cell/mm³, neutrophil 94%, lymphocyte 2%) ดูแลเจาะ H/C x II ขวด ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hr หลัง load NSS 2,000 ml BP 90/50 mmHg PR 92/min MAP 63 mmHg แพทย์พิจารณาให้ Levophed 4 mg : D5W 100 ml IV drip start 5 microdrop/min ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftazidime 2 gm IV stat ผล lab BUN 61 mg/dL, Creatinine 4.83 mg/dL แพทย์พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ urine ออกติดสาย สีเหลืองใส มีเปลือกตาบวม นอนราบได้ ดูแล on O2 canula 3 LPM ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% แพทย์วินิจฉัย Septic shock with gastroenteritis with Acute renal failure with anaphylaxis พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจาก ปฏิกริยาแพ้อย่างรุนแรง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

สรุปอาการระยะส่งต่อ

ขณะนำส่งดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก 10 นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5–38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126–130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22–24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/60–100/62 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98–99% ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบ รู้เรื่อง GCS: E4V5M6 มีอาการหนาวสั่น เหนื่อยเพลีย เมื่อถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 08.30 น. นำส่งผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รายงานอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากการไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอย่างรุนแรง BUN = 61.0 mg/dL, Creatinine = 4.83 mg/dL, CO₂ = 19.90 mmol/L และเกิดปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรง จากการใช้ยาปฏิชีวนะ หลังแก้ไขภาวะวิกฤตโดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้รับยาเพิ่มระดับความดันโลหิตและยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกติดสายใน 1 ชั่วโมง สีเหลืองใส ระหว่างการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 มีการติดตามการทำงานของไตเจาะเลือดตรวจทุกวันทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 1 เดือน เพื่อฉีดยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง Ceftriaxone 2 gm IV OD และ Metronidazole 500 mg IV q 8 hr ติดตามการทำงานของไตและอาการทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ผลการรักษาอาการดีขึ้น ผล CT scan normal ผื่นคันจากปฏิกิริยาการแพ้ยาอย่างรุนแรงลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ

การพยาบาลระยะรับใหม่ (ห้องฉุกเฉิน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีไข้ หนาวสั่น ถ่ายเป็นน้ำ 2 ครั้ง เทนอยเพลีย

Objective data

- สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ชีพจรเบาเร็ว อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 88/45 มิลลิเมตรปรอท
- SOS score 8 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในช่วงระหว่าง 36.5–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงระหว่าง 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 12–18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 90/60–120/80 มิลลิเมตรปรอท, ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง
3. ปัสสาวะออกดี Urine output 0.5–1 ซีซี/กก./ ชม

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. ชักประวัติค้นหาสาเหตุการติดเชื้อ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ Hemoculture x 2 ชุด
2. ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วย นอนราบศีรษะต่ำ ยกปลายเท้าสูง และดูแลให้ออกซิเจน canula 3 LPM เพื่อให้ระบบไหลเวียนโลหิตไปที่หัวใจและสมองมากขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่
 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากแพทย์วินิจฉัยโรค พิจารณาให้ Ceftazidime 2 gm IV stat สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก หน้าบวมมีอาการบวมแดงปวดบริเวณที่ฉีดยา มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
 3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hrs ตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้อง check blood return ทุก 15 นาที
 4. ดูแลให้ยา Levophed 4 mg : D5W 100 ml IV drip start 5 microdrop/min ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น อาเจียน ชีพจรเต้นเร็ว หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ใจสั่น เป็นต้น
 5. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 1-2 ชั่วโมง เพื่อการประเมินการทำงานของไต
 6. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลามีไข้ ทุก 4-6 ชม ตามแผนการรักษา
 7. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Electrolyte)
 8. ลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ สดการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ
- ประเมินผลการพยาบาล**
- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 ช่วยเหลือตัวเองได้ หลังได้รับการรักษา มีไข้ต่ำๆ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที BP 100/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99% ปัสสาวะออกติดสายใน 1 ชั่วโมง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีปัสสาวะออกน้อยและมีไข้

Objective data

- สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที ชีพจรเบาเร็ว อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 88/45 มิลลิเมตรปรอท
- BUN 61 mg/dL, Creatinine 4.83 mg/dL, eGFR 12.83

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลันและไตกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย < 30 ml/hr อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หายใจหอบเหนื่อย
2. BUN < 20 mg/dL, Creatinine < 1.3 mg/dL

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ในระยะแรก และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่
2. ประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ ติดตามโดยใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ สังเกตดูลักษณะ T-wave EKG
3. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 1-2 ชั่วโมง เพื่อการประเมินการทำงานของไต
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 100 ml/hrs ควบคุมการให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตรทุกชนิด
5. ประเมินชีพจรส่วนปลาย อาการบวมของแขน ขา และ Dependent area ดูลักษณะ Neck vein สังเกตความตึงตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนัง
6. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema เพื่อจะได้ให้การดูแลหันท่วงที
7. ติดตามค่าการทำงานของไต ตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง ปัสสาวะออกดี Urine output ออกติดสาย ใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการรักษา มีบวมบริเวณเปลือกตาเล็กน้อย ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่ได้เจาะแลบ BUN/Creatinine ซ้ำ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจาก ปฏิกริยาแพ้อย่างรุนแรง
ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกว่า “มีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย มีอาการคัน”

Objective data

- ตรวจร่างกาย skin : generalized red flare and nodular
- อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะหดรัดเกร็งของหลอดเลือดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
3. ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีอาการตาแดง ไม่มีอาการคันตามร่างกาย ปาก ลิ้น ริมฝีปากไม่บวม

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้าเยื่อ
ผิวหนัง ลักษณะการขีด เขียว

2. ดูแลให้ออกซิเจน canula 3 ลิตร/นาที เพื่อให้ระบบไหลเวียนโลหิตไปที่หัวใจและสมองมากขึ้น

3. กำหนด monitor วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนครบ 1 ชั่วโมงหรือเมื่อสัญญาณชีพปกติ ประเมิน
สัญญาณชีพทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน

4. ประเมินฟังปอด เพื่อติดตามอาการของหลอดเลือดเกิดการหดเกร็ง และหายใจมีเสียงหวีดจากหลอดเลือด
ตีบตัน

5. ดูแลส่งผู้ป่วย CXR และติดตามผลรายงานแพทย์เพื่อดูลักษณะพยาธิสภาพของปอดและการขยายตัว
ของปอด

6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hrs
ตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้อง check blood return ทุก 15 นาที

7. ดูแลให้ยา CPM 10 mg IV, Dexamethasone 4 mg IV และ Adrenaline 0.5 IM stat ตามแผนการ
รักษาของแพทย์ เพื่อลดอาการแพ้และป้องกันอาการหดเกร็งของหลอดเลือด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกดีดี ตามตอบรู้อธิบาย หลังได้รับการรักษา มีไข้ต่ำๆ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99% ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีอาการตาแดง ไม่มี ปาก ลิ้น ริมฝีปากไม่บวม ยังมีอาการคันตามร่างกาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยถามว่า “ผมจะหายไหม”

Objective data

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางแสดงความวิตกกังวล หน้าตาอิดโรย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในตนเอง รู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควบคุมโรคให้ได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติไม่มีความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยพูดคุยให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเองจะเป็นการลดความเครียดในการปรับตัวต่อสถานที่
2. ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่คนเดียวยาวนานเกินไป ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามสภาพผู้ป่วย
3. บอกอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เหตุผลของการให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง และบอกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
4. หลังจากให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควรมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการสอน เพื่อติดตามช่วยเหลือในระยะอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะต้องสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ
5. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความมั่นใจถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล
6. ถามและสังเกตความต้องการของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักจะเกรงใจไม่กล้าขอความช่วยเหลือ
7. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วย ทัศนคติ การยอมรับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา สภาพจิตใจ ชีวิตครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอนหลับได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาลระยะส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจาก การไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อมีในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการเหนื่อยเพลีย ใจสั่น”

Objective data

- ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น
- มีสัญญาณชีพผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 126 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในช่วงระหว่าง 36.5–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงระหว่าง 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 12–18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 90/60–120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด >95 %
3. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วย นอนราบศีรษะต่ำ ยกปลายเท้าสูง เพื่อให้ระบบไหลเวียนโลหิตไปที่หัวใจและสมองมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 5 นาที จนพ้นภาวะวิกฤต
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทุก 5 นาที ถ้า GCS drop > 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ทราบ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย
3. ดูแล monitor O2 sat สังเกตอาการของภาวะพร่องออกซิเจน
4. ดูแลประสาน ICU HUB โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อรายงานอาการของผู้ป่วยและการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตทุก 5 นาที
5. ดูแลให้ยา Norepinephrine 4 mg : D5W 100 ml IV drip titrate ที่ละ 3 microdrop/min ทุก 15 นาที ตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา
6. ดูแล monitor EKG เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงผลของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
7. ดูแลเตรียมยาและอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ประเมินผลการพยาบาล

ขณะนำส่งผู้ป่วยผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง E4V5M6 ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่น อัตราการเต้นของหัวใจ 126-130 ครั้งต่อนาที หลัง tritrate ยาทุก 15 นาที BP 100/60 mmHg ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99%

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 52 ปี HN 29242 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เวลา 05.09 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ case brain abscess ผ่าตัด Craniectomy Left ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 23 มิถุนายน 2566 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 รับประทานยา Clindamycin 150 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 4 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร มีผื่นแดงตามร่างกาย มีอาการคัน 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ หนาวสั่น ถ่ายเป็นน้ำ 2 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน ไม่มีอาเจียน ร่วมกับมีผื่นแดงขึ้นตามร่างกาย เป็นตุ่มนูน มีอาการคัน เหนื่อยเพลียมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ปฏิเสธประวัติ contact COVID-19 จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ แรกรับอุณหภูมิ 39.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 88/45 มิลลิเมตรปรอท DTX = 180 mg/dL ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, ส่ง CXR : no infiltration ผล Lab: CBC (WBC 11,450 cell/mm³, neutrophil 94%, lymphocyte 2%) ดูแลเจาะ H/Cx II ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hr หลัง load NSS 2,000 ml BP 90/50 mmHg PR 92/min MAP 70 mmHg แพทย์พิจารณาให้ Levophed 4 mg : D5W 100 ml IV drip start 5 microdrop/min รับประทานยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV stat ผล lab BUN 61 mg/dL, Creatinine 4.83 mg/dL แพทย์พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ urine ออกดีดสาย สีเหลืองใส มีเปลือกตาบวม นอนราบได้ ดูแล on O₂ canula 3 LPM, ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% แพทย์วินิจฉัย Septic shock with gastroenteritis with Acute renal failure with anaphylaxis พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ขณะนำส่ง ดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก 10 นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.5-38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 126-130 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 92/60-100/62 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99% ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง GCS: E4V5M6 มีอาการหนาวสั่น เหนื่อยเพลีย เมื่อถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 08.30 น. นำส่งผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รายงานอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอย่างรุนแรง BUN = 61.0 mg/dL, Creatinine = 4.83 mg/dL, CO₂ = 19.90 mmol/L และเกิดปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรง จากการใช้ยาปฏิชีวนะ หลังแก้ไขภาวะวิกฤตโดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รับประทานยาเพิ่มระดับความดันโลหิตและยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ระหว่างการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง E4V5M6 มีการติดตามการทำงานของไตเจาะเลือดตรวจทุกวัน ทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 1 เดือน เพื่อฉีดยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง Ceftriaxone 2 gm IV OD และ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

Metronidazole 500 mg IV q 8 hr ติดตามการทำงานของไตและอาการทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ผลการรักษาอาการดีขึ้น ผล CT scan normal ผื่นคันจากปฏิกิริยาการแพ้ยาอย่างรุนแรงลดลง ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ วันที่จำหน่าย 8 สิงหาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทั้งหมด 30 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี HN 3108 เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส คู่

เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.56 น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ไข้ ถ่ายเหลว ก่อนมาโรงพยาบาล 9 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 23 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นท้อง มีอาการคลื่นไส้ ถ่ายปกติร่วมกับมีอาการวิงเวียนศีรษะ รับประทานได้น้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/62 มิลลิเมตรปรอท พิจารณาฉีด Dimenhydrinate 50 mg IV stat และให้ยากลับไปรับประทาน ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (re-visit) ด้วยอาการ 9 ชั่วโมง ก่อนมา ปวดจุกแน่นท้องด้านขวา ถ่ายเหลว 7 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียน 6 ครั้ง เป็นเศษอาหารร่วมกับมีไข้ เหนื่อยเพลีย จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ไทรอยด์เป็นพิษ แพทย์ให้หยุดยามา 10 ปี

ปฏิเสธประวัติการแพ้ยา อาหารและสารอื่นๆ

ประวัติการผ่าตัด ผ่าตัดไส้ติ่ง ปี 2557

ปฏิเสธประวัติการดื่มสุรา

ปฏิเสธประวัติการสูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : ผู้ป่วยหญิงไทยวัยกลางคน ผิวสีน้ำตาล รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร BMI 33.33 kg/m² เสื้อผ้าและการแต่งกายสะอาดเหมาะสม รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/47 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเส้น : ผิวสีน้ำตาล capillary refill 2 sec มีตัวลาย

ศีรษะ ตา หู คอ จมูก:

ศีรษะ : บริเวณศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีรอยแผลผ่าตัด ไม่มีก้อนที่ศีรษะ ผมสั้นสีดำ

ตา : ตาสองชั้น ไม่มีตาแดง เยื่อบุตาไม่ซีดไม่เหลือง ไม่มีอาการบวม รูม่านตาขยายเท่ากัน 2 มิลลิเมตร มีการตอบสนองต่อแสงของตาทั้งสองข้างดี การมองเห็นปกติ

หู : ใบหูทั้งสองข้างรูปร่างและขนาดปกติ ได้ยินชัดเจน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ผลการตรวจร่างกายตามระบบ (ต่อ)

จมูก : จมูกทั้งสองข้างสมมาตรกัน รูปร่างปกติ ผนังกันช่องจมูกไม่คดโค้ง เยื่อบุจมูกไม่มีการอักเสบ ไม่มีของเหลวหรือสารคัดหลั่งออกจากจมูก ได้กลิ่นปกติ

คอ : รูปร่างลักษณะปกติ หลอดลมอยู่ในแนวกลาง ต่อมไทรอยด์ไม่โต มีการเคลื่อนไหวในการกลืนปกติ ไม่มีหลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง คลำไม่พบก้อน

หัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ไม่พบเสียง murmur ซ้ำจรเต้น 114 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/47 มิลลิเมตรปรอท เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

ทรวงอกและระบบหายใจ : ทรวงอกไม่เปื้อน การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที มีหายใจหอบเหนื่อย ฟังปอดได้ยินเสียง clear both lung มีหน้าอกนูน

ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง : คลำไม่พบตับม้ามโต หน้าท้องกดเจ็บ มีรอยแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องด้านขวา

ต่อมน้ำเหลือง : ต่อมน้ำเหลืองไม่โต ไม่มีการกดเจ็บ

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง GCS E4V5M6 รูปร่างตาขยายเท่ากัน ขนาด 2 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่มีแขนขาอ่อนแรง ประสาทรับความรู้สึกปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power) แขนขาข้างขวา ระดับ 5 แขนขาข้างซ้าย ระดับ 5

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยด้วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแต่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ CBC วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Hemoglobin	11.7%	ค่าปกติ 12-16%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
Hematocrit	34%	ค่าปกติ 35-49%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะซีด
WBC	21,620 cell/mm	ค่าปกติ 5,000-10,000 cel/mm	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย
PLT count	369,000 cel/mm	ค่าปกติ 150,000-400,000 cel/mm	ค่าปกติ
Neutrophil	82%	ค่าปกติ 55-75%	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Lymphocyte	9%	ค่าปกติ 25-35%	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียในร่างกาย
Monocyte	3%	ค่าปกติ 2-10%	ค่าปกติ
Eosinophil	1%	ค่าปกติ 1-3%	ค่าปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ผลการตรวจ Electrolyte วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Sodium	132.3 mmol/L	ค่าปกติ 135-145 mmol/L	ค่าต่ำปกติ มีภาวะโซเดียมต่ำ
Potassium	4.10 mmol/L	ค่าปกติ 3.5-5.3 mmol/L	ค่าปกติ
Chloride	93.8 mmol/L	ค่าปกติ 95-105 mmol/L	ค่าปกติ
CO2	16.4 mmol/L	ค่าปกติ 21-34 mmol/L	ค่าต่ำกว่าปกติ มีภาวะเลือดเป็นกรด
Creatinine	1.93 mg/dL	ค่าปกติ 0.9-1.3 mg/dL	ค่าสูงกว่าปกติ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ผลการตรวจ UA วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

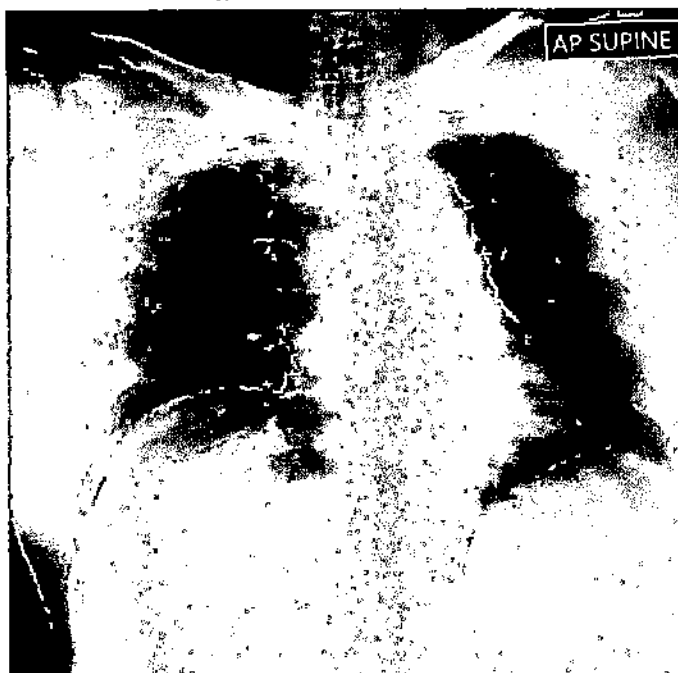
สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
Color	yellow	yellow	ค่าปกติ
Appearance	Slightly turbid	Clear	ค่าปกติ
Sp.Gr	1.030	1.003-1.035	ค่าปกติ
pH	5.0	4.5-8.0	ค่าปกติ
Protein	1+	Negative	มีโปรตีนในปัสสาวะที่มีสาเหตุจากไตถูกทำลาย (Kidney damaged)
Glucose	Negative	Negative	ค่าปกติ
Blood	Negative	Negative	ค่าปกติ
Ketone	Negative	Negative	ค่าปกติ
Bile	Negative	Negative	ค่าปกติ
Urobilinogen	Normal	Negative	ค่าปกติ
Nitrite	Negative	Negative	ค่าปกติ
Leukocyte	Negative	Negative	ค่าปกติ
WBC	1-2/HPF	0-5/HPF	ค่าปกติ
RBC	1-2/HPF	0-5/HPF	ค่าปกติ
Epithelial	3-5/HPF	0-5/HPF	ค่าปกติ
Bacteria	Not found		

3: แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ผลการตรวจ Hemoculture วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	แปลผล
H/C ขวดที่ 1	E.coli (ESBL)	No growth	พบเชื้อ E.coli
H/C ขวดที่ 2	E.coli (ESBL)	No growth	พบเชื้อ E.coli

ผลการฉายภาพรังสีเอ็กซเรย์ วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566: Cardiomegaly



การวินิจฉัยโรค

ครั้งแรก : Septic shock with Respiratory failure with gastroenteritis with Acute renal failure

ครั้งสุดท้าย : Septic shock with Respiratory failure with Acute renal failure

การรักษา

1. 0.9% NSS 1,000 ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hr
2. Ceftriaxone 2 gm IV stat
3. Metronidazole 500 mg IV stat

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

สรุปอาการผู้ป่วยระยะรับใหม่ (ห้องฉุกเฉิน)

วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.56 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 23 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นท้อง มีอาการคลื่นไส้ ถ่ายปกติร่วมกับ มีอาการเวียนศีรษะ รับประทานได้น้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/62 มิลลิเมตรปรอท พิจารณาฉีด Dimenhydrinate 50 mg IV stat และให้ยากลับไปรับประทาน ผู้ป่วยกลับมารับรักษาซ้ำ (re-visit) ด้วยอาการ 9 ชั่วโมง ก่อนมา ปวดจุกแน่นท้องด้านขวา ถ่ายเหลว 7 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียน 6 ครั้ง เป็นเศษอาหาร ร่วมกับมีไข้ เหนื่อยเพลีย ปฏิเสธประวัติ contact COVID-19 จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารับรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ แกร็บอุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/47 มิลลิเมตรปรอท DTX = 188 mg/dL ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 90% ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung ส่ง CXR : cardiomegaly ผล Lab: CBC (WBC 21,620 cell/mm³, neutrophil 82%, lymphocyte 9%) ดูแลเจาะ H/C x II ขวด ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hr หลัง load NSS 2,000 ml BP 121/63 mmHg PR 110/min MAP 82 mmHg ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV stat และ Metronidazole 500 mg IV stat ผล lab Creatinine 1.93 mg/dL eGFR 28.71 แพทย์พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ urine ออกติดสาย สีเหลืองใส มีอาการบวมตามร่างกาย pitting edema 2+ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ แพทย์พิจารณา On Endotracheal tube No 7.5 depth 20 แพทย์วินิจฉัยด้วย Septic shock with Respiratory failure with gastroenteritis with Acute renal failure พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะระบบหายใจล้มเหลว เนื่องจาก ประสิทธิภาพให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

สรุปอาการระยะส่งต่อ

ขณะนำส่งผู้ป่วยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS : E2VTM4 มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.1-38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 136-140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 86/48-90/50 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98-99% ประสาน ICU HUB โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์พิจารณาให้ 0.9% NSS 1,000ml IV load 500 ml ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 10.30 น. นำส่งผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รายงานอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจาก การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว จากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้ เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ

ติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอย่างรุนแรง และนาม Creatinine = 1.93 mg/dL, CO₂ = 16.40 mmol/L จนทำให้ระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผล H/C พบเชื้อ E.coli (ESBL) ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตจนกลับมาเป็นปกติ และหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 7 วัน ผลการรักษาอาการดีขึ้นผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 25 วัน

การพยาบาลระยะรับใหม่ (ห้องฉุกเฉิน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะระบบหายใจล้มเหลว เนื่องจาก ประสิทธิภาพให้การแลกเปลี่ยน ออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีไข้ หนาวสั่น ถ่ายเหลว 7 ครั้ง หายใจหอบเหนื่อย

Objective data

- สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/47 มิลลิเมตรปรอท
- SOS score 10 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะระบบหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในช่วงระหว่าง 36.5–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงระหว่าง 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 12–18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 90/60–120/80 มิลลิเมตรปรอท, O₂ sat RA > 95%
2. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด >95 %

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. ดูแลจัดทำนอนศีรษะสูง 30–45 องศา ช่วยให้ปอดขยายตัว และเพื่อช่วยลดการสำลัก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
2. วัดและติดตามค่าสัญญาณชีพของผู้ป่วย ทุก 15 นาที เพื่อประเมิน สัญญาณชีพจะทำให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจนและติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว
3. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ Endotracheal tube no 7.5 depth 20
4. ดูแล suction clear air way โดยใช้หลัก aseptic technique เพื่อลดภาวะพร่องออกซิเจนและป้องกันการติดเชื้อ
5. ดูแลส่งผู้ป่วย CXR และติดตามผล CXR เพื่อดูตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ และการขยายตัวของปอด
6. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) ให้ตรงตามตำแหน่ง ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ E4VTM6 หลังได้รับการรักษา มีไข้ต่ำๆ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ on Endotracheal tube ความดันโลหิต 121/63 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีไข้ ทนาวสัน ถ่ายเหลว 7 ครั้ง เหนื่อยเพลีย

Objective data

- สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/47 มิลลิเมตรปรอท
- SOS score 10 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในช่วงระหว่าง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงระหว่าง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 12-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 90/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท, ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง
3. ปัสสาวะออกดี Urine output 0.5-1 ซีซี/กก./ ชม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. ซักประวัติค้นหาสาเหตุการติดเชื้อ ส่งเลือดตรวจเพาะเชื้อ Hemoculture x 2 ชุด
2. ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วย นอนราบศีรษะต่ำ ยกปลายเท้าสูง เพื่อให้ระบบไหลเวียนโลหิตไปที่หัวใจและสมองมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากแพทย์วินิจฉัยโรค พิจารณาให้ Ceftriaxone 2 gm IV stat และ Metronidazole 500 mg IV stat สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา เช่น มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก หน้าบวมมีอาการบวมแดง ปวดบริเวณที่ฉีดยา มีอาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hrs ตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้อง check blood return ทุก 15 นาที
4. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 1-2 ชั่วโมง เพื่อการประเมินการทำงานของไต
5. ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
6. ลดปัจจัยจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้น ใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ
7. ลดการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำหัตถการ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ GCS : E4VTM6 หลังได้รับการรักษา มีไข้ต่ำๆ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/63 มิลลิเมตรปรอท แพทย์พิจารณา On Endotracheal tube No 7.5 depth 20 ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99-100% ปัสสาวะออกติดสาย มีบวมตามร่างกาย ตัวลาย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรสารน้ำในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยให้ประวัติมีปัสสาวะออกน้อย ใช่

Objective data

- สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/47 มิลลิเมตรปรอท
- Creatinine 1.93 mg/dL, eGFR 28.71

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไตวายเฉียบพลันและไตกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของเสียคั่งในร่างกาย เช่น ปัสสาวะออกน้อย < 30 ml/hr อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หายใจหอบเหนื่อย

2. BUN < 20 mg/dL, Creatinine < 1.3 mg/dL

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. วัดสัญญาณชีพ ประเมินความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน ประเมินทุก 1 ชั่วโมง ในระยะแรก และทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการคงที่
2. ประเมินจังหวะการเต้นของหัวใจ ติดตามโดยใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ สังเกตคุณลักษณะ T-wave EKG
3. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออกใน 1-2 ชั่วโมง เพื่อการประเมินการทำงานของไต
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV rate 100 ml/hrs ควบคุมการให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตรทุกชนิด
5. ประเมินชีพจรส่วนปลาย อาการบวมของแขน ขา และ Dependent area ดูลักษณะ Neck vein สังเกตความตึงตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนัง
6. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินภาวะ Pulmonary edema เพื่อจะได้ให้การดูแลทันที่
7. ติดตามค่าการทำงานของไต ตามแผนการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ E4VTM6 Urine output ออกติดสาย ใน 1 ชั่วโมง หลังได้รับการรักษา มีบวมตามร่างกาย pitting edema 2+ ตัวลาย มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่ได้เจาะแลบ BUN/Creatinine ซ้ำ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในสภาพความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ญาติผู้ป่วยถามว่า “ผู้ป่วยจะหายไหม จะได้ถอดท่อช่วยหายใจตอนไหน”

Objective data

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางแสดงความวิตกกังวล หน้าตาอิดโรย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในตนเอง รู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควบคุมโรคให้ได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติไม่มีความวิตกกังวล สีหน้าสดชื่น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจโดยพูดคุยให้การพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นมิตร อ่อนโยนเป็นกันเองจะเป็นการลดความเครียดในการปรับตัวต่อสถานที่
2. ดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่คนเดียวยาวนานเกินไป ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตามสภาพผู้ป่วย
3. บอกอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรคว่าจะแทรกซ้อนของโรค แผนการรักษา เหตุผลของการให้การรักษาพยาบาลทุกครั้ง และบอกความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
4. หลังจากให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ควรมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำการสอน เพื่อติดตามช่วยเหลือในระยะอย่างสม่ำเสมอ พยาบาลจะต้องสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการปฏิบัติตน เพื่อควบคุมโรค เป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่างๆ
5. ให้การรักษาพยาบาลด้วยความมั่นใจถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล
6. ถามและสังเกตความต้องการของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมักจะเกรงใจไม่กล้าขอความช่วยเหลือ
7. ประเมินความเชื่อของผู้ป่วย ที่ศรัทธา การยอมรับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา สภาพจิตใจ ชีวิตครอบครัว และสังคมของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้วางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอนหลับได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาลระยะส่งต่อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจาก การไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยใช้มือจับที่ท่อช่วยหายใจบ่อยๆ

Objective data

- ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS : E2VTM4
- มีสัญญาณชีพผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 86/48 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อป้องกันภาวะหัวใจหยุดเต้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในช่วงระหว่าง 36.5–37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วงระหว่าง 60–100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วงระหว่าง 12–18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วงระหว่าง 90/60–120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด >95 %
3. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วย นอนราบศีรษะต่ำ ยกปลายเท้าสูง เพื่อให้ระบบไหลเวียนโลหิตไปที่หัวใจและสมองมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 5 นาที จนพ้นภาวะวิกฤต
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยทุก 5 นาที ถ้า GCS drop > 2 คะแนน ให้รายงานแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ทราบ เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย
3. ดูแล monitor O2 sat สังเกตอาการของภาวะพร่องออกซิเจน
4. ดูแลประสาน ICU HUB โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อรายงานอาการของผู้ป่วยและการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตทุก 5 นาที
5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml IV load 500 ml then rate 100 ml/hrs ตามแผนการรักษาของแพทย์ ต้อง check blood return ทุก 15 นาที
6. ดูแล monitor EKG เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงผลของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
7. ดูแลเตรียมยาและอุปกรณ์การช่วยชีวิตให้พร้อม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การประเมินผลการพยาบาล

ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวลดลง E2VTM4 ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย อัตราการเต้นของหัวใจ 136–140 ครั้งต่อนาที หลัง load NSS 500 ml BP 90/60 mmHg ปัสสาวะออกติดสาย ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98–99%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

Subjective data

- ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายและใช้มือจับที่ท่อช่วยหายใจบ่อยๆ

Objective data

- On Endotracheal tube ขนาด 7.5 มิลลิเมตร ซีด 20 มุมปาก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ตำแหน่งท่อช่วยหายใจไม่มีการเลื่อนหลุดอยู่ตรงตำแหน่ง
2. ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%

กิจกรรมการพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลงไม่ไปดันปอด ทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนแก๊สดีขึ้น

2. ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสมของท่อช่วยหายใจภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ
3. ยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่โดยติดพลาสติกหรือใช้เชือกยึดท่อช่วยหายใจโดยให้ดึงไปคนละทาง
4. ป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดดูแลและจัดสายต่อเครื่องช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่ไม่ดึงรั้งของท่อช่วยหายใจ

5. ตรวจสอบให้ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมทุกครั้งที่ให้การพยาบาล
6. ระมัดระวังการดึงรั้งของท่อช่วยหายใจและตรวจดูว่าปลายท่ออยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
7. ประเมินเยอบุในช่องปากว่าแห้งมีรอยแดงหรือมีบาดแผลหรือไม่
8. สังเกตภาวะผิวหนังบริเวณหน้าอกหากตึงมากและคลำได้เสียงกรอบแกรบรายงานแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวลดลง E2VTM4 ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย ตำแหน่งท่อช่วยหายใจไม่มีการเลื่อนหลุดอยู่ตรงตำแหน่ง ขนาด 7.5 มิลลิเมตร ซีด 20 มุมปาก ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99–100%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 55 ปี HN 3108 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ วันที่ 30 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.56 น. วันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เวลา 08.56 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการ 23 ชั่วโมง ก่อนมา มีอาการปวดจุกแน่นท้อง มีอาการคลื่นไส้ ถ่ายปกติร่วมกับ มีอาการ วิงเวียนศีรษะ รับประทานได้น้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 118 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 114/62 มิลลิเมตรปรอท พิจารณาฉีด Dimenhydrinate 50 mg IV stat และให้ยากลับไปรับประทาน ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (re-visit) ด้วยอาการ 9 ชั่วโมง ก่อนมา ปวดจุกแน่นท้องด้านขวา ถ่ายเหลว 7 ครั้ง ไม่มีมูกเลือดปน อาเจียน 6 ครั้ง เป็นเศษอาหาร ร่วมกับมีไข้ เหนื่อย เพลีย ปฏิเสธประวัติ contact COVID-19 จึงมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ แรกรับอุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 114 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 80/47 มิลลิเมตรปรอท GCS : E4V5M6 DTX = 188 mg/dL, ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือด 90% ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung, ส่ง CXR : cardiomegaly ผล Lab: CBC (WBC 21,620 cell/mm³, neutrophil 82%, lymphocyte 9%) ดูแลเจาะ H/C x II ขวด ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000ml IV load 2,000 ml then rate 100 ml/hr หลัง load NSS 2,000 ml BP 121/63 mmHg PR 110/min MAP 82 mmHg ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV stat และ Metronidazole 500 mg IV stat ผล lab Creatinine 1.93 mg/dL eGFR 28.71 แพทย์พิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะ urine ออกติดตาม สีเหลืองใส มีอาการบวมตามร่างกาย pitting edema 2+ มีอาการหายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ แพทย์พิจารณา On Endotracheal tube No 7.5 depth 20 แพทย์วินิจฉัย Septic shock with Respiratory failure with gastroenteritis with Acute renal failure พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ขณะนำส่งผู้ป่วยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง GCS : E2VTM4 มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ดูแลมอนิเตอร์คลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.1–38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 136–140 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 86/48–90/50 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98–99% ประสาน ICU HUB โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์พิจารณาให้ 0.9% NSS 1,000ml IV load 500 ml ประเมินอาการและความรู้สึกตัวของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อถึงโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เวลา 10.30 น. นำส่งผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน รายงานอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงสิ้นสุดการนำส่งผู้ป่วย และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้รับทราบและดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ขาดความสมดุลของ สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอย่างรุนแรงและนาน Creatinine 1.93 mg/dL, CO₂ 16.40 mmol/L จนทำให้ระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผล H/C พบเชื้อ E.coli (ESBL) ผู้ป่วย ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตจนกลับมาเป็นปกติ และหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 7 วัน ผลการรักษาอาการดีขึ้นผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ วันที่จำหน่าย 25 สิงหาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วย เข้ารับการรักษาทั้งหมด 25 วัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการนำแนวทางการให้บริการตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย (care process) มาใช้ในกรณีศึกษา

กระบวนการดูแลผู้ป่วย (care process)	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การเข้าถึงเข้ารับบริการ (Access and Entry)	เข้ารับการรักษารวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงและเมื่อมีภาวะฉุกเฉินญาติพามาเอง ไม่ได้เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	เข้ารับการรักษาล่าช้ามีอาการ 23 ชั่วโมงถึงมารับการรักษาและได้ยากกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (re-visit) อาการทรุดลง ไม่ได้เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. การประเมินผู้ป่วย (Assessment)	ได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (QSOFA, SOS score) ตั้งแต่แรกเริ่ม และปฏิบัติตาม CPG sepsis ประเมิน SOS score 8 คะแนน	ไม่ได้ได้รับการประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (QSOFA) ตั้งแต่แรกเริ่ม สัญญาณชีพผิดปกติ ชีพจรเต้นเร็ว 118 ครั้ง/นาที หายใจหอบ 24 ครั้ง/นาที ไม่ได้ได้รับการประเมิน warning sign ไม่ได้ประเมินระดับออกซิเจนในเลือด ไม่ได้ประเมินฟังปอดและไม่ได้ทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ประเมิน SOS score 10 คะแนน
3. การวินิจฉัยโรค (Diagnosis)	ได้รับการวินิจฉัยตรงตามอาการและอาการแสดง Dx.Sepsic shock with gastroenteritis with Acute renal failure with anaphylaxis	เข้ารับการรักษาครั้งแรกวินิจฉัย Dyspepsia ได้รับการฉีด Dimenhydrinate 50 mg IV stat การรักษาไม่ตรงกับการวินิจฉัย
4. การส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (Investigation)	ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตั้งแต่แรกเริ่มส่ง Lab, CXR, EKG	ผู้ป่วยไม่ได้ได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตั้งแต่แรกเริ่ม เมื่อพบหายใจเร็วและชีพจรเต้นเร็ว จำหน่ายผู้ป่วยกลับให้ยาไปรับประทานที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ อาการทรุดลง
5. กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Care of patient)	มีการปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock โดย ใช้ QSOFA และ SOS score เป็นแบบประเมินผู้ป่วย ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย เป็นระยะในภาวะวิกฤติของชีวิต	ไม่ได้มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ QSOFA ตาม warning sign พิจารณาจำหน่ายกลับ ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นกลับมารักษาซ้ำ อาการทรุดลง ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การวางแผนการจำหน่ายในกรณีศึกษา ตามหลัก D-Method

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคภาวะ sepsis เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอย่างรุนแรง BUN = 61.0 mg./dL, Creatinine = 4.83 mg./dL, CO₂ = 19.90 mmol/L และเกิดปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรง จากการใช้ยาปฏิชีวนะ หลังแก้ไขภาวะวิกฤตโดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้รับยาเพิ่มระดับความดันโลหิตและยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง ระหว่างการรักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 มีการติดตามการทำงานของไตเจาะเลือดตรวจทุกวันทำให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล 1 เดือน เพื่อฉีดยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง Ceftriaxone 2 gm IV OD และ Metronidazole 500 mg IV q 8 hr ติดตามการทำงานของไตและอาการทางระบบประสาทหลังผ่าตัด ผลการรักษาอาการดีขึ้น ผล CT scan normal ผื่นคันจากปฏิกิริยาการแพ้อย่างรุนแรงลดลง กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยรายนี้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ขาดความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอย่างรุนแรงและนาน Creatinine 1.93 mg./dL, CO₂ 16.40 mmol/L จนทำให้ระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ผล H/C พบเชื้อ E.coli (ESBL) ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Meropenam 1 gm IV q 8 hr ได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตจนกลับมาเป็นปกติ และหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ภายใน 7 วัน ผลการรักษาผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาการดีขึ้นผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้

M : Medicine แนะนำการให้ยาที่ผู้ป่วยได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง ในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งข้อห้ามการให้ยา

E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พัดตก หกล้ม มีห้องน้ำสะดวกต่อการใช้งานของผู้ป่วย พื้นที่ต่างระดับ มีราวจับเดิน เป็นต้น

T : Treatment แนะนำการเฝ้าสังเกตอาการตนเองของผู้ป่วย ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบเหนื่อย แนะนำให้รีบมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

H : Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O : Out patient แนะนำการมาตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติ การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D : Diet สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดควรรับประทานอาหารที่สุกสะอาดถูกตามหลักอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนๆ ที่ย่อยง่าย นอกจากนี้ควรงดสุบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะจะมีผลให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายตก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
1. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย sepsis	0%	2.32% (1 ราย)	2.08% (1 ราย)
2. อัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง นับจากแรกเริ่ม หรือมี SIRS หรือ SOS criteria	≥90 %	88% (42 ราย)	90% (44 ราย)
3. อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชม.	≥90 %	88% (42 ราย)	100% (48 ราย)
4. อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับ IV 30mL/kg ภายใน 1 ชม.	≥90 %	89% (43 ราย)	98% (47 ราย)
5. อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	≥90 %	63% (30 ราย)	94% (45 ราย)

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. อัตราการปฏิบัติตามการพยาบาลตาม CNPG Sepsis ≥90 %
2. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด
 - Community-acquired sepsis < 26%
 - Hospital- acquired sepsis < 50%
3. อัตราความพึงพอใจในการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ≥ 80 %

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. กำหนดนโยบายการพยาบาลและแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในระดับโรงพยาบาล เพื่อสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข Service Excellence แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan ในสาขาอายุรกรรมกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)
2. ใช้เป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และเผยแพร่ผลงานสู่หน่วยงานอื่นๆในโรงพยาบาล
3. ใช้เป็นมาตรฐานแนวทางในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและนำกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดสู่หน่วยงาน เพื่อให้เข้าใจมาตรฐานแนวทางในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในทิศทางเดียวกัน
4. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ลดการสูญเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่นำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมาใช้
5. นำความรู้ที่ได้จากการศึกษาต่อยอดพัฒนางานวิจัยในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด สำหรับพยาบาล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1. การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติร่วมกันในองค์กรบนความหลากหลายของสมรรถนะบุคลากร และความแตกต่างของบริบทการทำงานในแต่ละหน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้การควบคุมกำกับเพื่อให้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในทิศทางเดียวกันเป็นไปได้ยาก

2. ด้านการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านเฉพาะสาขา เพื่อให้สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลา เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยต้องใช้ประสบการณ์การดูแลที่ต้องสั่งสมความชำนาญ การสั่งสมความชำนาญจึงต้องใช้ระยะเวลาและความอดทนสูง พยาบาลต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจ

3. การประสานงานและขอความร่วมมือแพทย์ผู้เกี่ยวข้องในการรักษาดูแล เฝ้าระวังอาการผู้ป่วยโดยใช้ SOS score ในการประเมินผู้ป่วยนั้น หากมีค่าคะแนน SOS score ≥ 4 คะแนน เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock ร่วมกับการมี Multiple Organ Failure ให้พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้อยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ แต่ผู้ป่วยบางรายยังได้รับการ Admit ทำให้เกิดอัตราการทรุดลงส่งต่อเพิ่มมากขึ้น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของบุคลากรในแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกันตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้มีปัญหาลักษณะอุปสรรคในการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด การปฏิบัติการพยาบาล ที่ต้องใช้วิธีการที่หลากหลายในการดึงเอาความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลออกมาใช้เพื่อการพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ในการกำกับ นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการอบรมวิชาการเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะการพยาบาลได้รับความร่วมมือในการเข้าร่วมประชุมน้อย และไม่สามารถดำเนินการไปพร้อมกันทีเดียวได้ เนื่องจาก พยาบาลต้องมีส่วนหนึ่งที่ต้องดูแลผู้ป่วย และขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า ป้าย ดึก มีเวลาไม่ตรงกัน ทำให้ต้องดำเนินการเป็นระยะตามแผนที่วางไว้

2. ในการประสานความร่วมมือ การสื่อสารข้อมูล การส่งต่อในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ มีความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคในการประเมินผู้ป่วย ยังขาดความร่วมมือของเครือข่ายในการประเมินและส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างทันท่วงที ยังต้องสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรม วิธีการใหม่ ตลอดจนจนแนวปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ ยังมีข้อจำกัดและยังเป็นปัญหาที่ท้าทายต้องพัฒนาต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการประชาสัมพันธ์ 1669 เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเมื่อมีภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้รวดเร็วปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ควรวางระบบการประเมินและเฝ้าระวังการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock และปรับเปลี่ยนแบบประเมิน qSOFA และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock ที่เหมาะสม และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน
3. ควรทำการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมพยาบาลบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock
4. การนำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง โดยใช้ Six bundle sepsis protocol ไปใช้ในการปฏิบัติจริง ทีมผู้ใช้นโยบายดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ควรทำการทบทวนและพิจารณาความเหมาะสมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม
5. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock และแบบประเมิน qSOFA และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock ไปยังแผนกผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยนอกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่องต่อไป

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

1. นำเสนอในที่ประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI” “The Development and Professional Enhancement in BANI Era” ประเภทการนำเสนอผลงานวิชาการด้วยวาจา (Oral Presentation) รุ่นที่ 1 วันที่ 15 ตุลาคม 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ข้าพเจ้า นางสาววันนรัตน์ สัจจรโคกสูง เป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด คิดเป็น 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ฐันนรัตน์

(นางสาวฐันนรัตน์ สัจจรโคกสูง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 9 / มกราคม / 2567

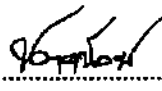
ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวธวัชวันรัตน์ สัจจรโคกสูง	ธวัชวันรัตน์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวนาคน้อย นนทวี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) 9 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสุยัม ประสานพิมพ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

(วันที่) 9 / มกราคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย 2 ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก 1 ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรอง 1 ระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ ร่วมกับ เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

2. หลักการและเหตุผล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (severe sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เป็นการตอบสนองต่อการติดเชื้อแบคทีเรียและมักเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อในกระแสเลือดหลายชนิดทั่วโลก ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกมีการประเมินว่าในปี 2560 มีผู้ป่วย 48.9 ล้านราย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อ 11 ล้านรายทั่วโลก ซึ่งคิดเป็นเกือบ 20% ของการเสียชีวิตทั่วโลกทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 เกือบครึ่งหนึ่งของการติดเชื้อทั่วโลกเกิดขึ้นในเด็ก โดยมีประมาณ 20 ล้านราย และ 2.9 ล้านรายทั่วโลกเสียชีวิตในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ความแตกต่างในระดับภูมิภาคที่สำคัญในอุบัติการณ์การติดเชื้อและการเสียชีวิตมีอยู่ประมาณ 85% ของผู้ป่วยติดเชื้อและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อทั่วโลกเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นอาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั้งในชุมชนหรือในสถานพยาบาล การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพเป็นหนึ่งในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายร้อยล้านรายทั่วโลกทุกปี เนื่องจากการติดเชื้อเหล่านี้มักจะติดต่ออย่างกว้างขวาง จึงสามารถนำไปสู่อาการทางคลินิกที่แยกลงอย่างรวดเร็ว

ปัญหาของประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะอาการที่รุนแรง มีการดำเนินโรคที่รวดเร็ว และมีอัตราเสียชีวิตสูง ปัจจุบันอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จากระบบวัดผลการดำเนินงานรายตัวชี้วัด (Health KPI) กระทรวงสาธารณสุข ไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired รวมทุกเขตสุขภาพ มีทั้งสิ้น 15,395 ราย โดยที่เขตสุขภาพที่ 1 อัตราตายสูงสุดที่ 1,892 ราย รองลงมา ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 1,673 ราย และต่ำที่สุดคือเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 937 ราย สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 1,580 ราย ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คือการได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การได้รับการรักษา นอกเหนือผู้ป่วยวิกฤต การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีอายุรแพทย์เฉพาะทางในการดูแล มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี 2564–2566 จำนวน 48, 43 และ 48 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2564–2566 จำนวน 32, 26 และ 17 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์, 2566) ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและกำหนดให้เขตพื้นที่เครือข่ายบริการทุกเครือข่าย บริหารจัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโดยมีแนวคิดจัดระบบบริการแต่ละหน่วยบริการให้ครอบคลุมตามความจำเป็น ด้านสุขภาพและสร้างระบบที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายสุขภาพไร้รอยต่อ” สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายบริการเดียวทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากรและคุณภาพบริการ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐาน จากผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์สาเหตุได้ว่า การเข้าถึงการรับบริการพบว่า ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการ อาการแสดงที่เข้าได้กับ ภาวะ Sepsis ตั้งแต่ที่บ้านหรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า การประเมินหรือการประเมินซ้ำที่ล่าช้า ประเมินผิดพลาด

2. หลักการและเหตุผล(ต่อ)

ไม่น้อยถึงภาวะ Sepsis นำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาดล่าช้า และทำให้การรักษาผิดพลาดล่าช้าตามไปด้วย ระบบบริการสุขภาพของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระดับอำเภอเป็นระบบที่ต้องอาศัยความร่วมมือของหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเป็นระบบและเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างไร้รอยต่อ เกิดความต่อเนื่องในพื้นที่สุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข บทวิเคราะห์

ปัจจุบันโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี 2564-2566 จำนวน 48, 43 และ 48 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ปี 2564-2566 จำนวน 32, 26 และ 17 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์, 2566) ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นกลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับโรคในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ขั้นตอนการวินิจฉัยเพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงนั้นใช้ระยะเวลาเนิ่นนานเกินไป โดยการส่งเลือดเพาะเชื้อ การให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ การให้สารน้ำ การใส่สายสวนปัสสาวะและการบันทึกปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง การพิจารณาให้ยา Vasopressors หรือยา Norepinephrine รวมถึงการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก และประเมิน SOS score เกิดความล่าช้ามาก ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายอย่างทั้งจากแพทย์เวรประจำแผนอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาล ตั้งแต่การประเมินสภาพ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษ การรักษาการใช้ยา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงที่มีการปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่เป็นแนวทางเดียวกันขึ้นกับความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ขาดการประสานการดูแลระหว่างแพทย์และพยาบาล การเชื่อมโยงแผนการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลยังขาดความสอดคล้อง การดูแลยังแยกส่วนทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า ไม่ครอบคลุม และในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่เป็นรูปธรรม ซึ่งการปฏิบัติที่หลากหลายและไม่เป็นระบบย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล อาจพบอุปสรรคการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวเป็นเวลานานขึ้น โรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ รวมถึงมีผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วอาการไม่ดีจึงมารักษาต่อที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม จากการทบทวนสถานการณ์ในระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่บริการสุขภาพเครือข่ายที่รับผิดชอบ เช่น ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขาดการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบระหว่างหน่วยบริการ และขาดการประสานงาน การติดตามอย่างต่อเนื่อง บุคลากรยังไม่มีเครื่องมือที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการคัดกรอง ค้นหาและช่องทางประสานการส่งต่อ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรค การสูญเสียชีวิตในผู้ป่วย อีกทั้งปริมาณผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดยังมีสถิติเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นปัญหาของพื้นที่ จากสถานการณ์ดังที่กล่าวมาเพื่อลดความรุนแรงของโรคและการค้นหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วขึ้น รวมถึงการมีแนวทางการคัดกรอง การดูแลรักษาเบื้องต้น และการมีระบบในการส่งต่อผู้ป่วยจากพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง เข้าถึงบริการที่รวดเร็วและปลอดภัย ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการจัดทำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและเข้าถึงการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ลดอัตราการทรุดลงส่งต่อผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Unplanned Refer)
2. โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์และเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ มีแนวปฏิบัติการคัดกรองทำให้การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รวดเร็ว มีการดูแลรักษาเบื้องต้นได้ถูกต้อง มีช่องทางในการให้คำปรึกษาและช่องทางการติดต่อประสานงานการส่งต่อที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
3. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Sepsis/Septic shock

กลุ่มเป้าหมาย แพทย์และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจรักษาและผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดกระบวนการวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ของ ศาสตราจารย์เดมมิง (Deming's cycle) เป็นเครื่องมือที่ใช้เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงให้กระบวนการทำงานมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

Plan (การวางแผน)

1. ทบทวนเอกสาร ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. จัดตั้งคณะทำงาน Sepsis ทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับอำเภอเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์
3. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน

Do (การดำเนินงาน)

1. จัดประชุมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันออกแบบ จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis สำหรับพยาบาล (CNPg Sepsis) เพื่อให้พยาบาลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย
2. ทีมสหวิชาชีพดำเนินการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลของ Sepsis Guideline 2020 และปรับแบบฟอร์มการเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis ให้สะดวกและเหมาะสมต่อการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤติ
3. พัฒนาสมรรถนะให้กับพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วย Sepsis การดูแลผู้ป่วย ภาวะวิกฤติ และการใช้เครื่องมือแพทย์ เช่น Ventilator

Do (การดำเนินงาน) (ต่อ)

4. พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ลงสู่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจัดแนวทางภาคีเครือข่าย แนวทางการดูแลเบื้องต้น การประสานส่งต่อ ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มาใช้บริการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์
5. ทบทวนเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ประสานงานการดูแลการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างต่อเนื่อง
6. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและการรายงานผ่านทาง Google Drive
7. เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี
8. กำหนดการประเมินสมรรถนะของพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Sepsis
9. จัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ในการใช้งาน เช่น Infusion Pump, Patient Monitor เป็นต้น
10. ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน โดยเครือข่ายจิตอาสา เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ ทีมสหวิชาชีพ
11. เน้นบุคลากรปฏิบัติตามแนวทาง IC เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อเนื่อง
12. มีการทบทวน case การดูแลผู้ป่วย sepsis ทุกรายร่วมกับทีมสหวิชาชีพทุก 1 เดือน
13. นำเสนอข้อมูลปัญหาที่พบให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับทราบและหาแนวทางแก้ไขปัญหา

ระยะเวลาดำเนินงาน วันที่ 1 พฤษภาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2566 (6 เดือน)

Check (การประเมินผล)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หากไม่ได้รับการรักษาทันที อาจเกิดการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆล้มเหลว ซึ่งถือเป็นการติดเชื้อที่ร้ายแรง อาจมีผู้ป่วยติดเชื้อถึงร้อยละ 50 เสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว ผู้ที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ จึงได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แบบคัดกรอง qSOFA และ SOS score เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และป้องกันการเสียชีวิตจากภาวะดังกล่าว และประเมินผลการใช้แบบคัดกรองได้ตามตัวชี้วัด ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
1. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย sepsis	0%	2.32% (1 ราย)	2.08% (1 ราย)
2. อัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย Sepsis ภายใน 1 ชั่วโมง นับจากแรกเริ่ม หรือมี SIRs หรือ SOS criteria	≥90 %	88%	90%
3. อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชม.	≥90 %	88% (42 ราย)	100% (48 ราย)
4. อัตราผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับ IV 30ml/kg ภายใน 1 ชม.	≥90 %	89% (43 ราย)	98% (47 ราย)

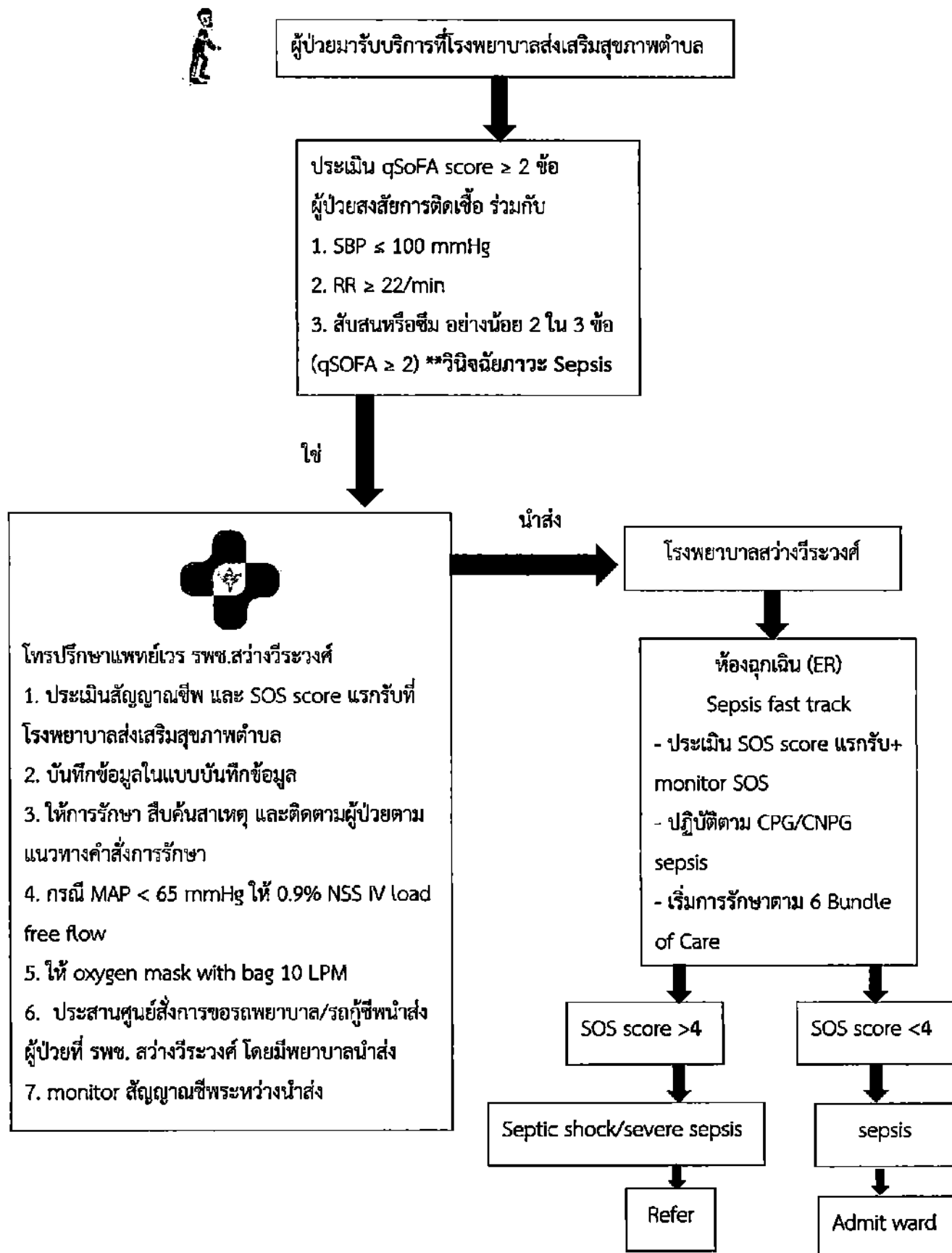
Act (การปรับปรุง)

จากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ดำเนินการพัฒนากระบวนดังนี้

1. ปรับปรุงและติดตามระบบการ Triage ทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยการใช้ qSOFA score/SOS score ในการ screening ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อ เพื่อ early detection ดำเนินการรักษาต่อแบบ Fast track และรักษาได้ครบถ้วนตาม Sepsis 6 Bundles
2. พัฒนาวิชาการการดูแลผู้ป่วย 3S (Stroke Sepsis STEMI) ให้พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพยาบาลในโรงพยาบาล โดยการจัดทำเอกสารสื่อประกอบการดูแลผู้ป่วย 3S ให้เข้าใจและง่ายต่อการเข้าถึง และผู้ป่วยที่มีกลุ่ม Care giver ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis
3. ใช้แบบฟอร์มการเฝ้าระวัง/แบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยตั้งแต่ ER เพื่อการประเมินซ้ำผู้ป่วย การติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตามประเภทผู้ป่วยและ severity ของ Sepsis รวมถึงการทบทวนตรวจสอบประเมินการปฏิบัติงานเป็นระยะ ๆ
4. ปรับแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis / Septic Shock ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ Surviving Sepsis Campaign Guideline ให้เป็นปัจจุบัน คือ
 - กำหนดให้ใช้ qSOFA score ในการ screening ผู้ป่วย Sepsis ในกลุ่มผู้ป่วยนอกทุกรายที่อายุมากกว่า 15 ปี และใช้ SOS score ประเมินความรุนแรงและให้การรักษาพยาบาลตามคะแนน SOS
 - กำหนดให้การ Resuscitate ด้วยการให้สารน้ำเป็น Crystalloid อย่างน้อย 30 ml/kg (1,500 ml ในผู้ใหญ่ที่ไม่มีข้อจำกัด) ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย และการประเมิน intravascular volume ด้วยวิธีต่างๆ เช่น การประเมิน Lung ก่อน-หลัง การให้สารน้ำ / การทำ Ultrasound/ การทำ C-line ประเมิน เป็นต้น
 - ปรับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการให้ยา Inotropic drug เช่น การผสมยา ปริมาตร ปริมาณ ยาที่ใช้ความเข้มข้นของสารทำละลาย เป็นต้น
 - จัดทำ Standing order เพื่อเป็นคู่มือให้พร้อมสะดวกในการให้การรักษานักป่วย sepsis
5. ทบทวนกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วย Sepsis/ Septic shock ร่วมทบทวน Death case/ Interesting case conference กับสหวิชาชีพ ทั้งระดับโรงพยาบาลและระดับเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ร่วมกับโรงพยาบาล
เครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี

แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดอุบลราชธานี



แบบบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วย Sepsis/Septic Shock

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ.....สกุล..... อายุ.....ปี น้ำหนัก..... ID.....

Medical History: () HT () CKD () DM () Heart disease ระบุ.....() โรคอื่นๆ ระบุ.....

() Bed ridden () Steroid used () ไม่มีโรคประจำตัวมาก่อน

วันที่เริ่มมีอาการป่วย.....(ว/ด/ป) วันที่มาโรงพยาบาล.....(ว/ด/ป) เวลา.....น.

อาการสำคัญ.....

การวินิจฉัยภาวะ Sepsis

สงสัยการติดเชื้อ ร่วมกับ Quick SOFA score ≥ 2

() Organ specific infection ระบุ..... () สับสน หรือ ซึมลง () RR ≥ 22 /min

() Systemic infection () SBP ≤ 100 mmHg

V/S แรกรับ Temp.....c HR...../min RR...../min BP.....mmHg SpO2.....%

ระดับความรู้สึกตัว () สับสน () รู้สึกตัวดี () ตอบสนองคำสั่ง () ตอบสนองความเจ็บปวด () ไม่รู้สึกตัว

แบบประเมิน Search Out Severity Score (SOS score)

จุดรวม	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35
อุณหภูมิ(ไข)	≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5		
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-130	131-199	≥ 200	
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 5	ET tube		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกตัว			สับสน	ตื้น	ซึม	ซึมมาก	ไม่รู้สึกตัว
จุดรวม	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35

SOS Score แรกรับ..... (ไม่รวม urine output)

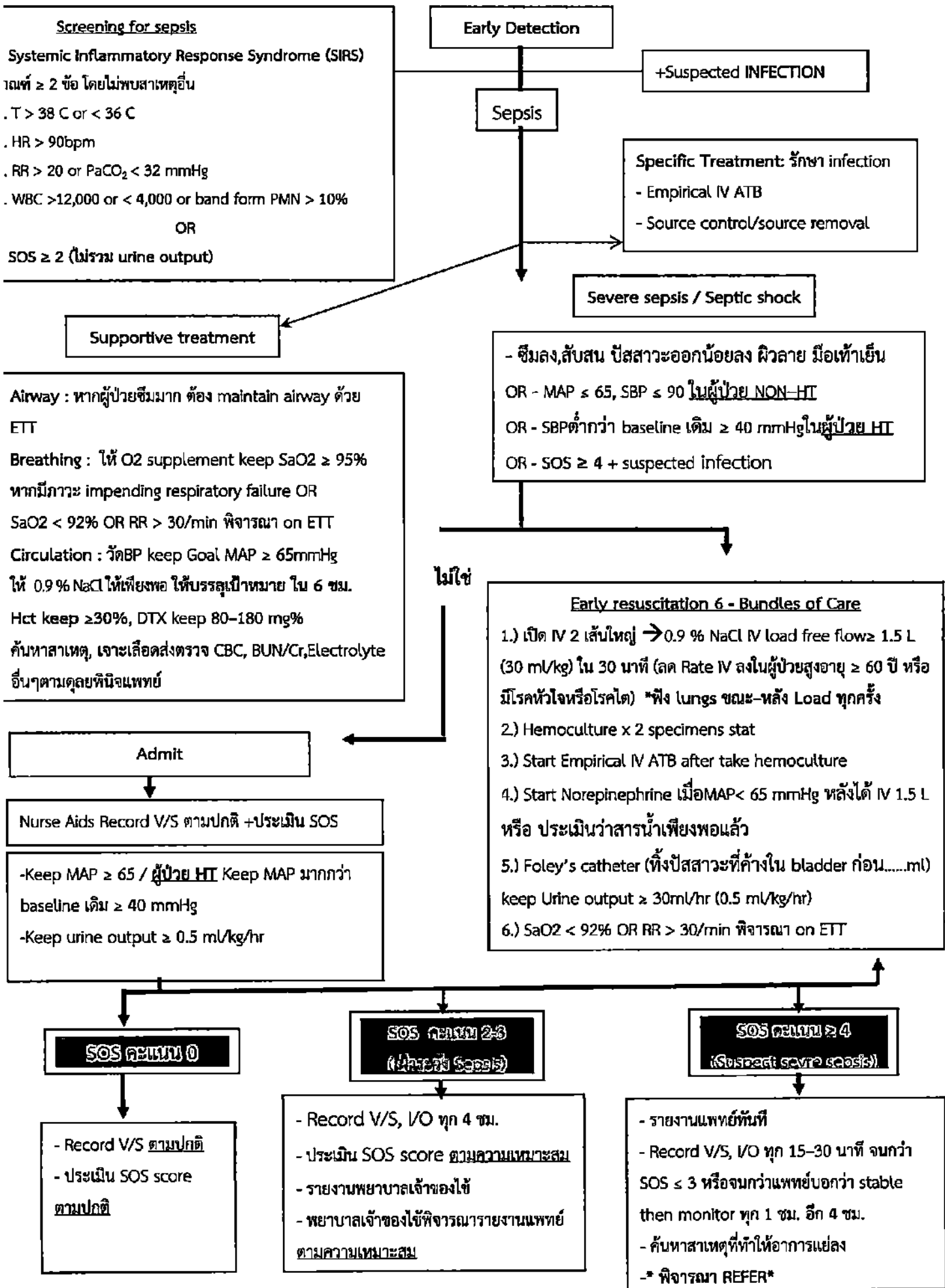
***โทรประสาน ER โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ เบอร์โทร 080-4880234

*** consult แพทย์เวร ปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

ตำแหน่ง.....

แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis / Septic Shock) โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์



Standing order for Severe sepsis/Septic shock โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

Search Out Severity Score (SOS Score) at ER/IPD/OPD

คะแนน	เวลา	0	15 min	30 min	45 min	1 hr.	2 hr.	3 hr.	4 hr.	8 hr.	12 hr.	16 hr.	20 hr.	24 hr.
วันที่...../เวลา														
อุณหภูมิ (องศาเซลเซียส)														
0	36.1-38													
1	35.1-36, 38.1-38.4													
2	< 35, ≥ 38.5													
Systolic blood pressure (mmHg)														
0	101-180													
1	91-100, 181-199													
2	81-90, ≥ 200													
3	≤ 80, Vasopressor													
Pulse rate (ครั้ง/นาที)														
0	51-100													
1	41-50, 101-120													
2	121-139													
3	≤ 40, ≥ 140													
Respiratory rate (ครั้ง/นาที)														
0	9-20													
1	21-25													
2	26-35 /ใส่เครื่องช่วยหายใจ													
3	≤ 8, ≥ 35													
ระดับความรู้สึกตัว														
0	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง													
1	เรียกแล้วลืมตา สะลึมสะลือ /สับสน กระสับกระส่าย													
2	ซึมมาก ต้องกระตุ้นจึงจะลืมตา													
3	ไม่รู้สึกตัวแม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม													
ปัสสาวะ/วัน (ml)														
0	≥ 1,000													
1	501-999													
2	≤ 500													
ปัสสาวะ/8 ชั่วโมง (ml)														
0	≥ 320													
1	161-319													
2	≤ 160													
ปัสสาวะ/4 ชั่วโมง (ml)														
0	≥ 160													
1	81-159													
2	≤ 80													
ปัสสาวะ/1 ชั่วโมง (ml)														
0	≥ 40													
1	21-39													
2	≤ 20													
รวม														
Name of patient										Age		HN		
Ward										Attending physician				

คะแนน ≥ 4 รายงานแพทย์เจ้าของไข้

Standing order for Severe sepsis/Septic shock โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์

	One day	Continuous
ชื่อ..... อายุ..... น้ำหนัก..... วันที่...../...../..... HN..... AN..... <input type="checkbox"/> SIRS (>=2 ข้อ) <input type="checkbox"/> BT>38 c <input type="checkbox"/> PR >90/min <input type="checkbox"/> RR>20/min <input type="checkbox"/> WBC >12,000 หรือ <4,000 หรือมี Band form neutrophil>10% <input type="checkbox"/> SEPSIS SIRS+Source infection..... <input type="checkbox"/> U/D..... Monitor for keep <input type="checkbox"/> MAP ≥ 65 BP ≥90/60 <input type="checkbox"/> spO2 ≥96% <input type="checkbox"/> RR <30 <input type="checkbox"/> DTX 80-180 <input type="checkbox"/> Urine ≥ 0.5ml/kg/hr <input type="checkbox"/> ผิวไม่ลาย มือเท้าไม่เย็น <input type="checkbox"/> ไม่ซึม ไม่กระวนกระวาย LAB เฝ้าระวัง <input type="checkbox"/> Cr. > 1.5 เท่าจาก baseline BUN ≥ 60 <input type="checkbox"/> CO2 < 15 <input type="checkbox"/> Hb < 7 <input type="checkbox"/> Platelets < 100,000 <input type="checkbox"/> T.Bilirubin > 2 mg/dl	<input type="checkbox"/> Admit ward..... <input type="checkbox"/> DTX stat.....then q... hr. keep 80-180 <input type="checkbox"/> DTX ac hs + Ri scale DTX <60 ให้50% Glucose 50ml IV push <input type="checkbox"/> H/C 2 ขวด พร้อมกัน จากแขนข้างละ 1 specimen เวลา..... <input type="checkbox"/> ให้น้ำยา ATB ภายใน 1 ชม. หลังทำ H/C at ER <input type="checkbox"/> CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> ATK <input type="checkbox"/> Leptospirosis titer <input type="checkbox"/> Dengue titer, Ns1Ag <input type="checkbox"/> ให้เปิด IV เบอร์ 18-20 จำนวน 2 เส้น <input type="checkbox"/> NSS 1,000ml IV load (ได้ 3000 ml ในอายุ< 60 ปี และไม่มีโรคหัวใจ โรคไต) Then NSS 1,000 ml IV dripm/hr <input type="checkbox"/> Retain foley cath <input type="checkbox"/> On O2 canula 3 LPM <input type="checkbox"/> ประเมิน SOS score If ≥ 4 ควร resuscitate ก่อน admit	<input type="checkbox"/> Record v/s q 4 hr <input type="checkbox"/> Record I/O Keep urine out put > 0.5 ml/kg/hr <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Soft diet <input type="checkbox"/> Regular diet Medication <input type="checkbox"/> Paracetamol (500 mg) 1 or 2 tabs oral prn มีไข้ ทุก 4-6 ชม. <input type="checkbox"/> Omeprazole (20) 1x1 oral ac <input type="checkbox"/> Ceftriaxone 2 gm IV OD <input type="checkbox"/> Ceftazidime 2 gm IV q 8hr. (DM, Thal, cirrhosis, GS, CKD) <input type="checkbox"/> Clindamycin 600 mg IV q 8 hr. <input type="checkbox"/> Metronidazole 500 mg IV q 8 hr
Name of patient	Age	H.N.
Ward	Attending physician	

2. กลยุทธ์และแนวทางในการปฏิบัติการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประสบความสำเร็จ ประกอบไปด้วย

- 2.1 ทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC)/ทีมนำด้านคลินิก (CLT) ประสานและติดตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาล โดยต้องมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และต้องมีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis case manager) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย 1 คน
- 2.2 เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยมีการใช้ Quick SOFA, SOS score หรือ early warning score ช่วยในการคัดกรอง
- 2.3 จัดทำแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น (early resuscitation) โดยทำเป็นรูปแบบมาตรฐาน checklist เน้นการปฏิบัติงานให้ครบ (sepsis bundles)
- 2.4 จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2.5 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ในโรงพยาบาล เพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดขึ้น และสร้างแนวทางการพัฒนางานต่อไปให้สำเร็จมากยิ่งขึ้น

3.2 แนวความคิด

1. แนวความคิดหลักการของวงจรคุณภาพ (PDCA)

เดมมิ่ง (Deming) (2004) กล่าวว่า การจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพขึ้น โดยหลักการที่เรียกว่า วงจรคุณภาพ (PDCA) หรือวงจรเดมมิ่ง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

Plan คือ กำหนดสาเหตุของปัญหา จากนั้นวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบเพื่อการ ปรับปรุงให้ดีขึ้น

Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่องในส่วย่อย

Check คือ ตรวจสอบเพื่อทราบว่าบรรลุผลตามแผนหรือหากมีสิ่งใดที่ทำผิดพลาดหรือได้เรียนรู้อะไรมาแล้วบ้าง

Act คือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจหรือหากผลการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผน ให้ทำซ้ำวงจรโดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในวงจรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว

แม้ว่าวงจรคุณภาพจะเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องแต่สามารถเริ่มต้นจากขั้นตอนใดก็ได้ขึ้นอยู่กับปัญหา และขั้นตอนการทำงานหรือจะเริ่มจากการตรวจสอบสภาพความต้องการเปรียบเทียบกับสภาพที่เป็นจริง จะทำให้ได้ข้อสรุปว่าจะต้องดำเนินการอย่างไรในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนไปตามเป้าหมายที่วางไว้

3.3 ข้อเสนอ

1. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอรายปีที่เกิดจากการมีส่วนร่วม เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. มีการจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อชุด H/C จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมตามงบเงินบำรุงโรงพยาบาล เนื่องจาก การส่งตรวจ H/C ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องจัดซื้อชุด H/C เอง ไม่มีการแลกเปลี่ยนชุด H/C ให้โรงพยาบาลชุมชน
3. วางระบบการประเมินและเฝ้าระวังการดำเนินการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock และปรับเปลี่ยนแบบประเมิน qSOFA และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock ที่เหมาะสม และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้มาตรฐานในการพยาบาลโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและทำงานอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน
4. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผนวกเข้าโปรแกรมการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟูบุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training; OJT) เรื่องการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock
5. การนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง โดยใช้ Six bundle sepsis protocol ไปใช้ในการปฏิบัติจริง ทีมผู้ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ควรทำการทบทวนและพิจารณาความเหมาะสมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. การซึบประวัติและการคัดกรองที่ไม่ครอบคลุม ความคิดเห็นส่วนบุคคลและการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่แตกต่างกัน
2. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในชุมชนล่าช้า เนื่องจาก อาการไม่รุนแรงและขาดความรู้ ความตระหนักในการดูแลตนเอง

3.5 แนวทางแก้ไข

1. จัดให้มีการฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วย 3S (Stroke Sepsis STEMI) ให้พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลในโรงพยาบาล โดยการจัดทำเอกสารสื่อประกอบการดูแลผู้ป่วย 3S ให้เข้าใจและง่ายต่อการเข้าถึง และผู้ป่วยที่มีกลุ่ม Care giver ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis
2. มีการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด อาการ ความรุนแรง และการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเมื่อมีภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้รวดเร็วปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. มีการนิเทศและกำกับติดตามบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ เรื่อง การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและถูกต้องตามมาตรฐาน
2. เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างครอบคลุมและเป็นแนวทางเดียวกัน
3. ลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองทำให้วินิจฉัยได้รวดเร็ว ดูแลเบื้องต้นได้ถูกต้อง มีช่องทางการติดต่อประสานงานและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่รวดเร็ว ไร้รอยต่อในระบบบริการสุขภาพเครือข่ายอำเภอสว่างวีระวงศ์
5. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้
6. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานและเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์สามารถใช้แบบคัดกรอง SOS score เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็วเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ 100
3. ผู้ป่วยได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก \geq ร้อยละ 90 (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
4. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและทรุดลงส่งต่อ \leq ร้อยละ 20
5. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 0
6. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานและเครือข่ายสุขภาพอำเภอสว่างวีระวงศ์ มีความพึงพอใจในการใช้แบบคัดกรอง SOS score เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว \geq ร้อยละ 90

(ลงชื่อ) ริ้วนรินทร์

(นางสาวริ้วนรินทร์ สัญจรโคกสูง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 9 / พฤษภาคม / 2567

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลบุคคล/ตำแหน่ง (ต่อ)

๕. สรุปผลการปฏิบัติงานตามภารกิจหลักย้อนหลัง ๓ ปี (ต่อ)

๕.๓ ด้านการประสานงาน (ต่อ)

๕.๓.๒ ให้ข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำการพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภทเบื้องต้นแก่สมาชิกในที่ทำงานหรือบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินงานการพยาบาลผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมาย

๕.๔ ด้านการบริการ

๕.๔.๑ ให้บริการวิชาการพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภทที่ซับซ้อน ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และวัตถุประสงค์ของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการมีความรู้ สามารถดูแลตนเองได้

๕.๔.๒ สอน นิเทศ ฝึกอบรม ถ่ายทอดความรู้ เทคโนโลยี ทางการพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภทแก่ผู้ได้บังคับบัญชา หรือบุคคลในหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕.๔.๓ พัฒนาข้อมูล จัดทำเอกสาร คู่มือ ตำรา สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์วิธีการหรือประยุกต์เทคโนโลยีด้านการพยาบาลผู้ป่วยเข้ามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖ รวม ๑ ปี

กิจกรรม	๒๕๖๖				๒๕๖๗			
	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.
๑. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย	✓							
๒. เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยเพื่อศึกษา	✓							
๓. ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้าพยาบาล/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการ เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	✓							
๔. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง		✓						
๕. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการ พยาบาล รายที่ ๑			✓					
๖. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการ พยาบาล รายที่ ๒			✓					
๗. วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณี ศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงานและประสบการณ์ ที่เกี่ยวข้อง				✓				
๘. สรุปผลการศึกษา				✓				
๙. เขียนรายงานการศึกษาและจัดทำเป็นรูปเล่ม				✓				
๑๐. เผยแพร่ผลงานทางวารสาร					✓	✓	✓	✓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

๓.๑.๑ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

คำจำกัดความ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

พยาธิสรีรวิทยา

การวินิจฉัยโรค

ภาวะแทรกซ้อน

การรักษา

การป้องกัน

การพยาบาล

๓.๑.๒ กลุ่มยาเพิ่มความดันโลหิต

๓.๑.๓ แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑) แนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ (๑.๑) การประเมิน ปัญหาและความต้องการ (๑.๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (๑.๓) การวางแผนการพยาบาล (๑.๔) การปฏิบัติการพยาบาล และ (๑.๕) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๒) แนวคิดการตั้งวินิจฉัยการพยาบาล Carpenito Moyet, ๒๐๑๐ ซึ่งวินิจฉัยการพยาบาลบางข้อไม่จำเป็นต้องมีคำว่า เนื่องจาก ลักษณะคล้ายกับ Focus Charting

๓) แนวคิดการดูแลแบบ ๗ Aspects of care ได้แก่ ๑) การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ๒) การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ๓) การดูแลความปลอดภัย ๔) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ๕) การให้การดูแลต่อเนื่อง ๖) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว และ ๗) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ

๔) แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยการให้การพยาบาลโดยเน้นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัว ซึ่งจะต้องดูแลผู้ป่วยต่อไป

๓.๑.๔ การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๕ ยาที่ใช้ในผู้ป่วย

ยาที่ใช้ในผู้ป่วย ได้แก่ Levophed, Metronidazole, Ceftriaxone, Ceftazidime, Clindamycin, Paracetamol, E.KCl

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

การพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลมีการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพตามบทบาท ความรับผิดชอบของวิชาชีพ โดยยึดผู้ป่วยแบบองค์รวมและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนี้

๓.๒.๑ การประเมินปัญหาและความต้องการ

๑) การประเมินในระยะแรกเริ่ม

๑.๑) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเบื้องต้นทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยบนพื้นฐานของสัมพันธภาพอันดี

๑.๒) วินิจฉัยความรุนแรง ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหาทันที

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๑.๓) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการประเมินทางการแพทย์ให้เสร็จสิ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยใหม่

๑.๔) รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวางแผนจำหน่าย เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ

๑.๕) กรณีผู้ป่วยเด็กให้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรับภูมิคุ้มกัน พัฒนาการตามวัย และแบบแผนการเลี้ยงดู

๒) การประเมินในระหว่างการดูแลต่อเนื่อง

๒.๑) เผื่อระวังสังเกตอาการ อาการแสดงเป็นระยะ ๆ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และผลของการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๒.๒) ติดตามรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการตรวจอื่น ๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสีหรือการตรวจพิเศษ ให้พร้อมเพื่อการวินิจฉัยปัญหา ทั้งปัญหาปัจจุบัน และปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

๓) การประเมินในระยะจำหน่าย

๓.๑) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนจำหน่าย

๓.๒) กรณีผู้ป่วยวาระสุดท้ายควรประเมินซ้ำ

๔) สื่อสารข้อมูลที่ได้จากการประเมินและผลการพยาบาลแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร

๔.๑) รายงานข้อมูลที่จำเป็นเร่งด่วนไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อการตัดสินใจให้การช่วยเหลือ หรือเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

๔.๒) บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างถูกต้อง เป็นระบบต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายอย่างถูกต้องและครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและการให้การพยาบาล

๓.๓.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

๑) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการพยาบาลตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วย

๒) กำหนดปัญหาและความต้องการที่กำลังเกิดขึ้น เกิดขึ้นแล้ว และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๓) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

๔) นำข้อมูลที่ประเมินได้ในระหว่างการดูแลต่อเนื่องมาแก้ไข หรือกำหนดปัญหา และความต้องการใหม่ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาคำสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๕) ระบุปัญหา และความต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อในกรณีที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่อง

๖) บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน

๓.๒.๓ การวางแผนการพยาบาล

๑) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต หรือจัดการกับอาการรบกวนความสบายของผู้ป่วยไว้เป็นลำดับแรก

๒) กำหนดแผนการพยาบาลในระยะเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ

๓) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อความครอบคลุม

๔) แก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๕) สื่อสารแผนการพยาบาลให้สมาชิกในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจแนวทางปฏิบัติตามแผนในแต่ละวันแต่ละเวร ทั้งด้วยวาจาและเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร

๖) บันทึกแผนการพยาบาลให้ถูกต้องและครบถ้วน

๓.๒.๔ การปฏิบัติการพยาบาล

๑) ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความเพียงพอ ของการหายใจ การไหลเวียนโลหิต การขับถ่ายของเสียจากร่างกาย การได้รับสารอาหาร การรับรู้ระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร การปฏิบัติกิจกรรม และการพักผ่อน

๒) ติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และรายงานแพทย์ให้ทันเวลา

๓) ในกรณีฉุกเฉินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย

๔) ตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาอย่างรอบคอบและตัดสินใจดำเนินการ หรือจัดการให้การรักษานั้นเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ตามขอบเขตของวิชาชีพ

๕) รายงานหรือประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แผนการรักษาได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วนในเวลาที่กำหนด

๖) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

๗) เฝ้าระวังอาการไม่สบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๘) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงความไม่สบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ อธิบายถึงแนวทางการช่วยเหลือและวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น

๙) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สบายพร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนและการขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการไม่สบายและอาการรบกวนต่าง ๆ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๑๐) ปฏิบัติพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการ ความสุขสบายด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในโรงพยาบาล การดูแลความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม

๑๑) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่น เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๑๒) หลังจากปฏิบัติการพยาบาลแล้วอาการรบกวนต่าง ๆ ไม่ทุเลาลง ประเมินแพทย์เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติมหรือเปลี่ยนแปลงการรักษา

๑๓) บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด

๓.๒.๕ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

๑) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับและระยะดูแลต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยและคาดการณ์ปัญหาสุขภาพที่อาจยังคงเหลืออยู่หลังจำหน่ายผู้ป่วย ได้แก่

๑.๑) ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค

๑.๒) แนวทางการรักษาที่ได้รับ

๑.๓) ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

๑.๔) สภาพร่างกาย จิตใจ และระดับความรุนแรงของโรค

๒) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหา และวางแผนในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาวะแวดล้อม

๓) กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการสอนและการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละวัน ตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๔) กำหนดแผนการฟื้นฟูสภาพ แผนการสอน เลือกลงใช้ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้าน ให้สอดคล้องกับปัญหา

๕) ประสานงานหรือประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรทางการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาผู้ป่วย

๖) ประชุมปรึกษาหารือระหว่างทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อประเมินความก้าวหน้าปัญหา และอุปสรรคของการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ร่วมวิเคราะห์และปรับปรุงแผนการจำหน่าย

๗) บันทึกและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย

๘) ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่องไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทาง การส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลกำหนด

๙) วิเคราะห์สาเหตุของการกลับมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่ Re-admission ทุกราย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย

๓.๒.๖ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๑) ประเมินหรือตรวจสอบข้อมูลการประเมินปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองภายหลังปฏิบัติการพยาบาลทันที หรือในเวลาที่กำหนดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๒) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๓) นำข้อมูลจากการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มาใช้ในการวิเคราะห์ความถูกต้องของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ความเป็นไปได้ของเป้าหมาย และความเหมาะสมของแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๔) ปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาล โดยแสวงหากลวิธีใหม่ในการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๕) ประเมินและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจำหน่ายทุกราย

๖) วิเคราะห์ผลสำเร็จหรือปัจจัยอุปสรรคของการปฏิบัติการพยาบาล ในกรณีที่ผลการปฏิบัติการพยาบาลไม่ก้าวหน้าตามที่คาดการณ์ไว้

๓.๒.๗ การสร้างเสริมสุขภาพ

๑) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับและต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว

๒) ค้นหาปัจจัยเอื้อและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

๓) กำหนดแผนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามา มีส่วนร่วมผสมผสานแผนเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

๔) ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ป่วยแต่ละรายให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

๕) จัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น จัดสถานที่อุปกรณ์/เครื่องมือสำหรับออกกำลังกาย มุมหนังสือ มุมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

๖) เพิ่มบริการด้านสุขภาพทางเลือก เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ

๗) ประชาสัมพันธ์การสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

๓.๒.๘ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

๑) ใช้ข้อมูลจากการประเมินในระยะแรกรับและต่อเนื่องในการวินิจฉัยความต้องการการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

๒) กำหนดแผนการคุ้มครองภาวะสุขภาพจากอันตรายด้านร่างกายและจิตใจ โดยผสมผสานเข้ากับแผนการพยาบาล และแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ

๓) ปฏิบัติและกำกับดูแลให้สมาชิกในทีมการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

๔) ติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์สาเหตุ และปรับปรุงแผนการคุ้มครองอันตรายด้านร่างกาย และจิตใจอย่างต่อเนื่อง

๕) บันทึกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในรายงานอุบัติการณ์และรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ

๓.๒.๙ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

๑) ประเมินการรับรู้ความเข้าใจ และความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๒) กำหนดแผนการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

๓) จัดระบบและแนวทางการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

๔) จัดโปรแกรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๕) การปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ตามแนวทางการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพแต่ละหน่วยงาน

๖) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม และหรือเอกสารการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๗) กรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจรับการรักษา ให้คำแนะนำตามแนวทางการปฏิบัติที่หน่วยงานกำหนด

๘) กรณีแจ้งข่าวร้าย ต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว พิจารณาหาวิธีการแจ้งข้อมูลอย่างเหมาะสม โดยประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูล

๙) ประเมินผลการตอบสนองต่อการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกและซักถาม เพื่อให้เกิดความกระจ่างของข้อมูลที่ได้รับ

๓.๒.๑๐ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

๑) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้แก่

๑.๑) การให้ข้อมูล/บอกกล่าวข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๑.๒) การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย

๒) จัดสภาพแวดล้อมที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อ/วัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว

๓) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยเคารพในสิทธิและยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติศาสนา

๔) ปกป้องผู้ป่วยไม่ให้อุบัติเหตุหรือละเมิดสิทธิส่วนบุคคลในทางที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งการปฏิเสธการรักษาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือผู้ป่วยวาระสุดท้าย

๕) ก่อนให้การพยาบาลใดๆ แก่ผู้ป่วย ควรบอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบ แม้ในภาวะไม่รู้สึกรู้สีกตัว

๖) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล

๗) ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างและกำกับให้สมาชิกทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล แม้ในภาวะไม่รู้สึกรู้สีกตัว

๓.๒.๑๑ การบันทึกทางการพยาบาล

๑) บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ครอบคลุม

๒) ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก และรายงานทางการพยาบาล

๓) ทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน

๔) ใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน ให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย

๕) ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) มีองค์ประกอบสำคัญ ๓ ส่วน ได้แก่ มีการติดเชื้อ (Infection) มีความผิดปกติของการตอบสนองของร่างกาย (Dysregulated host response) และมีการทำงานของอวัยวะต่างๆ ผิดปกติ (Organ dysfunction) ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติอย่างรุนแรงและเสียชีวิต ส่วนภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) จัดเป็นส่วนย่อย (Subset) ของคำว่า Sepsis ที่มีความผิดปกติในระดับเซลล์ เมตาบอลิซึมและระบบไหลเวียนของร่างกาย และเป็นสาเหตุการตายของภาวะ Sepsis อุบัติการณ์ของโลกพบว่า มีผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ ๑๐.๔ ของประชากร และมีอัตราการตายจากภาวะนี้ ร้อยละ ๓๙ ในทวีปเอเชียพบมีรายงานอุบัติการณ์ ภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ ๑๐.๔ ของประชากร และมีอัตราการตายจากภาวะนี้ ร้อยละ ๕๐ ส่วนประเทศไทยพบภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ซึ่งคิดแล้ว พบว่า ผู้ป่วย Sepsis ๑ ราย เกิดขึ้นทุก ๓ นาที และผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ๕ ราย ทุก ๑ ชั่วโมง โดยอัตราการเกิดภาวะ Sepsis ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๓๒.๐๓ และ ๓๔.๖๕ ตามลำดับ การรักษาต้องเริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย พร้อมกับการแก้ไขความดันโลหิตต่ำ โดยให้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ มิลลิเมตรปรอท ด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Intravenous fluid load: IV load) ที่เพียงพอและเหมาะสม ร่วมกับการให้ยากระตุ้นแรงดันโลหิต (Vasopressor) เพื่อทำให้การไหลเวียนดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเป้าหมาย ๓ ชั่วโมง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคที่จะส่งผลให้เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ดังนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย Septic shock ในระยะแรกหรือระยะวิกฤต นอกจากจะดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกโดยเร็วแล้วยังต้องดูระบบต่าง ๆ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจ ระบบเลือด ตับ ไต หรือทางเดินอาหาร และอื่น ๆ ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็วด้วย เพื่อป้องกันการเสียชีวิตและลดอัตราการตาย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยูน มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน ๖๐ เตียง รับผิดชอบให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกโรคทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๓,๗๙๔, ๙,๒๖๒ และ ๑๐,๙๗๕ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis จำนวน ๙๐, ๑๐๐ และ ๑๐๒ ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวินิจฉัยภาวะ Septic shock จำนวน ๕๕, ๕๗ และ ๖๑ ราย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี คิดเป็นอัตราการตายจากภาวะ Septic shock ร้อยละ ๓.๖๓, ๓.๕๐ และ ๓.๒๗ ตามลำดับ จากสถิติแม้ว่าอัตราการตายจากภาวะ Septic shock จะลดลง แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรคต่ออวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงทุกราย และผู้ศึกษาพบว่า ปัจจัยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ามาได้รับการรักษาด้วย SOS ๑๐ คะแนนขึ้นไป และขณะรับการรักษา ในหอผู้ป่วย คะแนน SOS ไม่ลดลง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับ IV load และยา Vasopressor รวมทั้งยาปฏิชีวนะได้ทันเวลา ดังนั้นพยาบาลที่ผลัดเปลี่ยนเวรกันมาดูแลผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและการดำเนินโรค สามารถประเมินภาวะช็อกที่ยาวนาน (Prolong shock) ได้ ซึ่งนอกจากจะหยุดการปล่อยพิษ (Endotoxin) ของเชื้อโรคด้วยยาปฏิชีวนะแล้วยังต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกได้เร็วที่สุด โดยเฉพาะการดูแลให้ยา Vasopressor เพื่อกระตุ้นให้เกิดแรงดันเลือดสูงขึ้นและเพิ่มการไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ลดการเกิดภาวะ Multiple organ dysfunction อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วย Septic shock การศึกษากรณีศึกษาทั้ง ๒ ต่อไปนี้ แสดงให้เห็นผลของการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมา (ต่อ)

รักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ Septic shock มีอาการสำคัญที่นำมาแตกต่างกัน มีการดำเนินโรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างกัน แต่ด้วยทีมสุขภาพที่เข้มแข็ง ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย Septic shock ส่งผลผู้ป่วยทั้ง ๒ คน มีอาการดีขึ้นตามลำดับ และแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ ก่อนนำเสนอผลการศึกษา ผู้ศึกษาขอกล่าวถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ ภาวะ Septic shock และยากลุ่ม Vasopressor คร่าวๆ ดังต่อไปนี้

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต โดยศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย ตามแนวคิด ๗ Aspects of care และแนวคิด Holistic care

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย อย่างปลอดภัย ได้มาตรฐาน และครอบคลุมแบบองค์รวม

๔.๓.๒ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ทั้งนี้ป้องกันไปถึงความพิการและการเสียชีวิต

๔.๓.๓ เพื่อสร้างเอกสารหลักฐาน ให้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการรักษาพยาบาลทั้งในและนอกหน่วยงาน ใช้เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ผู้ศึกษาดูงาน นักศึกษาพยาบาล และโรงพยาบาลลูกข่าย

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแล ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต จำนวน ๒ ราย ณ หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำเย็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดการพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาลบูรณาการกับแนวคิด ๗ Aspects of care และแนวคิด Holistic care ทุกระยะ ได้แก่ ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย มีการเฝ้าระวังและติดตามอาการผิดปกติที่เสี่ยงและคุกคามต่อชีวิต หรือเกิดจากการใช้ยาอันตรายต่าง ๆ ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต รวมทั้งการใช้เครื่องมือทางการแพทย์และเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมและประสิทธิผลต่อการพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๔-๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ (๔ วัน)

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๗-๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ (๑๑ วัน)

ทำการเขียนเป็นบทความวิจัยแบบกรณีศึกษา เผยแพร่ในวารสารยโสธรเวชสาร ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑

(มกราคม-เมษายน) พ.ศ. ๒๕๖๗

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษา ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

๔.๕.๑ ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคในหอผู้ป่วย

๔.๕.๒ เลือกศึกษาผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต จำนวน ๒ ราย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

๔.๕.๓ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย
๔.๕.๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล บูรณาการกับแนวคิด ๗ Aspects of care และแนวคิด Holistic care ในผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

๔.๖.๕ ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับยาและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๔.๖.๖ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ ๑) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ๒) วินิจฉัยการพยาบาล ๓) วางแผนการพยาบาล ๔) ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และ ๕) ประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๔.๖.๗ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง นำมาวางแผนการพยาบาลการพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัว

๔.๖.๘ ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ ตามแนวคิด ๗ Aspects of care, แนวคิด Holistic care ทั้งในระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๔.๖.๙ สรุปผลการพยาบาล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด

๔.๖.๑๐ เรียบเรียงผลงานเพื่อจัดทำเอกสารบทความวิจัย และตรวจสอบความถูกต้อง

๔.๖.๑๑ ส่งวารสารเพื่อเผยแพร่ผลงาน โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิของวารสารตรวจสอบและชี้แนะ

๔.๖.๑๒ แก้ไขกรณีศึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

๔.๖.๑๓ รวบรวมรูปเล่มที่ได้รับการเผยแพร่ผลงาน

๔.๖ สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาที่ ๑

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๗๒ ปี มาด้วยอาการ ๗ ชั่วโมงก่อนมา รพ. รับประทานลาบปลาหลังจากนั้น ๒ ชั่วโมง มีอาการปวดท้องคล้ายโรคกระเพาะ กินยาเคลือบกระเพาะแล้วดีขึ้น แต่ ๕ ชั่วโมงก่อนมา รพ. ปวดท้องแน่นจุกใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน จึงมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรค Septic shock with Hypokalemia U/D DM, HT, CKD stage ๔ with แรกรับ Temp ๓๖.๕°C, P ๙๘ bpm, R ๒๒ bpm, BP ๖๐/๔๐ mmHg, SOS ๓ คะแนน ให้ O_๒ cannula ดูแล Load ๐.๙%NSS และ ๐.๙%NSS vein drip หลัง Load ๐.๙%NSS ๓๐ นาที BP ๙๐/๖๐ mmHg ดูแลให้ Levophed vein drip, Retained foley's catheter, Urine ออก ๖๐๐ ml, O_๒ sat ๙๘% ดูแลให้ยา Metronidazole vein ๔ วัน ต่อด้วย Metronidazole oral ๕ วัน และยา Ceftriaxone ๔ วัน โดยให้ครบ ๗ วัน ต่อเนื่องที่ รพ.สต. การรักษาด้วยการ On O_๒ cannular เป็นเวลา ๔ วัน ให้ Levophed จำนวน ๔ วัน ให้ ๐.๙%NSS vein จำนวน ๔ วัน ดูแลให้ E.KCL เพื่อแก้ไขภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ Plasil vein และ Losec vein stat เพื่อแก้ไขอาการคลื่นไส้และปวดท้อง ดูแลให้อินซูลิน RI เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด พบการวินิจฉัยปัญหาในระยะแรกรับ ๑) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากภาวะ Septic shock ๒) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะต่อเนื่อง ๑) มีภาวะ Hyperglycemia ๒) มีภาวะของเสียคั่ง เนื่องจากการกรองของไตลดลง และ ๓) มีภาวะ Hypokalemia และระยะก่อนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยพร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมจำนวนวันนอน ๔ วัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๒

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ ๖๒ ปี เข้ารับการรักษาด้วย ๒ วันก่อนมา หลังเข้าห้อง ๒ ช่าง บวมและคัน ไม่ได้ไปรับการรักษา และ ๕ ชั่วโมงก่อนมา ใช้สูง ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาเจียน ๓ ครั้ง ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ๒ ครั้ง หลังเข้าบวมและแดง จึงมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น Septic shock with Gastroenteritis with Cellulitis U/D DM, HT, CKD stage ๔ พบภาวะแทรกซ้อน Hypokalemia, Anemia แรกรับ รู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย มีไข้สูง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หลังเข้าห้อง ๒ ช่าง บวมและแดง Temp ๓๘.๗°C, P ๑๐๐ bpm, R ๒๒ bpm, BP ๘๐/๕๐ mmHg, SOS ๖ คะแนน ดูแลให้ O_๒ cannula, Load ๐.๙%NSS ๕๐๐ ml จำนวน ๒ ครั้ง then KVO หลัง Load NSS ๒๐ นาที BP ๘๑/๕๒ mmHg, O_๒ sat ๙๗% ดูแลให้ยา Metronidazole และ ยา Ceftazidime ดูแลให้ Levophed vein drip, Retained foleys catheter, Urine ออก ๗๐๐ ml, ตลอดเวรป่วย-ตึก I/O: ๑,๘๘๐/ ๑,๗๐๐ ml หลังจากให้ Levophed, BP ๙๒/๖๐ mmHg ผู้ป่วยผันภาวะ Shock ภายใน ๑ ชั่วโมง SOS ๐ คะแนน โดยได้รับการรักษาด้วย On O_๒ cannular ๕ วัน ให้ Levophed ๕ วัน ๐.๙%NSS KVO ๔ วัน ให้ยา Metronidazole vein ๖ วัน off ต่อด้วย Clindamycin vein q ๘ hr ๕ วัน ต่อด้วย Clindamycin oral ๕ วัน ดูแลให้ยา Ceftazidime ๑๐ วัน จนกระทั่งจำหน่าย ดูแลให้ E.KCL รักษาภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ PRC เพื่อรักษาภาวะ Anemia ดูแลให้ Plasil และ Losec เพื่อลดอาการอาเจียน ดูแลให้ อินซูลิน RI เพื่อคงระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ พบการวินิจฉัยปัญหาในระยะแรกรับ ๑) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากภาวะ Septic shock ๒) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะต่อเนื่อง ๑) มีภาวะ Hyperglycemia ๒) มีภาวะของเสียคั่ง เนื่องจากการกรองของไตลดลง ๓) มีภาวะ Hypokalemia ๔) ไม่สบายเนื่องจากมีไข้สูง ๕) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง และระยะก่อนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยพร้อมความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค รวมจำนวนวันนอน ๑๑ วัน

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. เพศ/อายุ	เพศหญิง / อายุ ๗๒ ปี	เพศหญิง / อายุ ๖๒ปี
๒. น้ำหนัก/ ส่วนสูง/ BMI	น้ำหนัก ๔๕ kg / ส่วนสูง ๑๕๓ cm / BMI ๑๙.๒๒ kg/m ^๒	น้ำหนัก ๖๕ kg / ส่วนสูง ๑๖๕ cm / BMI ๒๒.๔๘ kg/m ^๒
๓. อาการสำคัญ	ปวดท้อง แน่นจุกใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ เป็นมา ๕ ชั่วโมง	ไข้ อาเจียน ถ่ายเหลว เป็นมา ๕ ชั่วโมง
๔. ประวัติการ เจ็บป่วยปัจจุบัน	๗ ชั่วโมงก่อนมา รพ. รับประทาน ลาบปลาหลังจากนั้น ๒ ชั่วโมง มี อาการปวดท้องคล้ายโรค กระเพาะ กินยาเคลือบกระเพาะ แล้วดีขึ้น ๕ ชั่วโมงก่อนมา รพ. ปวดแน่น ท้อง	๒ วันก่อนมา รพ. หลังเข้าห้อง ๒ ช่างบวมและคัน ไม่ได้ไป รับการรักษา ๑ วันก่อนมา รพ. หลังเข้าห้อง ๒ ช่างบวมและแดง ปวด เมื่อยตามร่างกาย ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
	ถูกได้ล้นปี คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน จึงมาโรงพยาบาล	๕ ชั่วโมงก่อนมา รพ. ใช้สูง ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาเจียน ๓ ครั้ง ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ๒ ครั้ง หลังทำบวมและแดง จึง มาโรงพยาบาล
๕. โรคประจำตัว	DM with HT with CKD stage ๔	DM with HT with CKD stage ๔
๖. วินิจฉัยโรค	Septic shock	Septic shock with Gastroenteritis with Cellulitis
๗. V/S แกร็บ และ SOS	Temp ๓๖.๕°C, P ๙๘ bpm, R ๒๒ bpm, BP ๖๐/๔๐ mmHg SOS ๓ คะแนน	Temp ๓๙.๗°C, P ๑๐๐ bpm, R ๒๒ bpm, BP ๘๐/๕๐ mmHg SOS ๖ คะแนน
๘. โรค/ภาวะ แทรกซ้อน	Hypokalemia	Hypokalemia, Anemia

วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว เป็น DM, HT และ CKD stage ๔ มีค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ รายที่ ๑ มาด้วยอาการนำคือปวดท้อง คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียนหลังรับประทานปลา ไม่มีไข้ BP Drop, SOS มีคะแนนค่อนข้างต่ำ ภาวะแทรกซ้อนที่พบคืออิเล็กโทรลัยท์ขาดสมดุล รายที่ ๒ มาด้วยอาการนำคือ ใช้สูง อาเจียนและถ่ายเหลวเป็นน้ำ หลังทำบวมและแดง BP Drop, SOS มีคะแนนค่อนข้างสูง ภาวะแทรกซ้อนที่พบคืออิเล็กโทรลัยท์ขาดสมดุลและช็อค

อาการแสดงและการรักษา ผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติ

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. อาการแสดง และการรักษา	๔ พฤษภาคม ๖๖ - แกร็บ ๑๘.๓๕ น. แกร็บ รู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ปวดท้อง แน่น ถูกได้ล้นปี คลื่นไส้แต่ไม่อาเจียน - ๑๘.๓๕ น. Temp ๓๖.๕°C, P ๙๘ bpm, R ๒๒ bpm, BP ๖๐/๔๐ mmHg, SOS ๓ คะแนน, ให้ O _๒ cannular ๓ LPM - ๑๘.๓๕ น. ให้ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml x II then vein drip ๘๐ ml/hr หลัง Load NSS ๓๐ นาที BP ๙๐/๖๐ mmHg - ๑๙.๒๐ น. ให้ Levophed (๔:๒๕๐) vein drip ๕ ml/hr, Retained foleys catheter	๗ พฤษภาคม ๖๖ - แกร็บ ๑๔.๓๐ น. แกร็บ รู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย มีไข้สูง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หลังทำทั้ง ๒ ข้าง บวมและแดง - ๑๔.๓๐ น. Temp ๓๙.๗°C, P ๑๐๐ bpm, R ๒๒ bpm, BP ๘๐/๕๐ mmHg, SOS ๖ คะแนน, ให้ O _๒ cannular ๓ LPM - ๑๔.๓๐ น. ให้ ๐.๙%NSS ๕๐๐ ml then KVO หลัง Load NSS ๒๐ นาที BP ๙๑/๕๒ mmHg, O _๒ sat ๙๗% - ๑๔.๔๕ น. Stat ยา Metronidazole ๕๐๐ mg IV และยา Ceftazidime ๒ gms IV

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

อาการแสดงและการรักษา ผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติ (ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
	<p>catheter, Urine ออก ๖๐๐ ml, O_๒ sat ๙๘%</p> <p>- ๑๙.๔๐ น. Stat ยา Metronidazole ๕๐๐ mg IV และยา Ceftriaxone ๒ gms IV</p> <p>- สรุปผู้ป่วยพ้นภาวะ Shock ภายใน ๓๐ นาที, SOS ๐ คะแนน</p>	<p>- ๑๕.๒๐ น. BP ๙๒/๔๘ mmHg, ให้ Levophed (๔:๒๕๐) vein drip ๕ ml/hr, Retained foley's catheter, Urine ออก ๗๐๐ ml, ตลอดเวรปาย-ดึก I/O: ๑,๘๙๐/ ๑,๗๐๐ ml</p> <p>- ๑๕.๓๐ น. หลังจากให้ Levophed, BP ๙๒/๖๐ mmHg</p> <p>- สรุปผู้ป่วยพ้นภาวะ Shock ภายใน ๑ ชั่วโมง, SOS ๐ คะแนน</p>
	<p>๕ พฤษภาคม ๖๖</p> <p>- Temp ๓๖.๖-๓๗.๑°C, P ๗๖-๘๒ bpm, R ๒๐-๒๒ bpm, BP ๑๐๔-๑๑๖/๖๘-๘๘ mmHg, O_๒ sat ๙๘%</p> <p>- ไม่มี signs ของ Septic shock, ให้ Levophed (๔:๑๐๐) vein drip ๕ ml/hr, Continuous ATB ต่อ, On IV ๐.๙%NSS เดิม และ O_๒ cannula ๑ LPM</p> <p>- ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานอาหาร DM ได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๒,๗๙๐/๓,๕๐๐ ml</p>	<p>๘ พฤษภาคม ๖๖</p> <p>- มีไข้ Temp ๓๖.๘-๓๙.๕°C, P ๘๒-๑๐๐ bpm, R ๒๐-๒๒ bpm, BP ๙๒-๙๖/๖๐-๖๔ mmHg</p> <p>- BP ผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ ดูแลให้ Levophed (๔:๑๐๐) vein drip ๘ ml/hr, Off ๐.๙%NSS และ O_๒ cannular ๓ LPM, O_๒ sat ๙๘%</p> <p>- ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานอาหาร DM ได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๑,๒๘๐/๑,๘๐๐ ml, Continuous ATB ต่อ</p>
	<p>๖ พฤษภาคม ๖๖</p> <p>- Temp ๓๖.๗-๓๗.๑°C, P ๗๔-๘๐ bpm, R ๒๐-๒๒ bpm, BP ๙๘-๑๑๖/๖๔-๘๒ mmHg</p> <p>- ไม่มี signs ของ Septic shock, ให้ Levophed (๔:๒๕๐) vein drip ๓ ml/hr, Continuous ATB ต่อ, On IV ๐.๙%NSS เดิม และ Off O_๒ cannular, Off foley's catheter</p> <p>- ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานอาหาร DM ได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๒,๓๔๐/๑,๗๐๐ ml</p>	<p>๙-๑๑ พฤษภาคม ๖๖</p> <p>- มีไข้ Temp ๓๖.๙-๓๙.๒°C, P ๘๐-๙๖ bpm, R ๒๐-๒๒ bpm, BP ๑๐๔-๑๓๐/๖๐-๘๐ mmHg</p> <p>- Levophed (๔:๑๐๐) vein drip ๔ ml/hr, Off ๐.๙%NSS และ O_๒ cannula ๓ LPM, O_๒ sat ๙๘%</p> <p>- ช่วงระยะนี้ ผู้ป่วยรับประทานอาหาร DM ได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๙๐๐/๑,๒๐๐ ml, Continuous ATB ต่อ</p>
		<p>๑๒ พฤษภาคม ๖๖</p> <p>- ยังมีไข้ Temp ๓๖.๙-๓๙.๓°C, Off Levophed, Off O_๒ cannula, Off foley's catheter</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

อาการแสดงและการรักษา ผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติ (ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
	<p>๗ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระดับ K ๓.๑๒ mmol/L ไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่มีอ่อนแรงแขนขา ดูแลให้ E.KCl ๓๐ ml oral stat ไม่มีแผนการรักษาในการตรวจซ้ำ - ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทาน อาหาร DM ได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๒,๑๗๐/๒,๙๐๐ ml <p>๘ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - D/C Today, Continuous Ceftriaxone ๒ gms IV ให้ครบ ๗ วันที่ รพ.สต. ให้ยา Metronidazole (๔๐๐ mg) ๒x๓ oral pc จำนวน ๓๐ เม็ด - ยาโรค NCDs เต็ม - F/U ๑ week with CBC 	<p>๖๐๐ mg IV q ๘ hr</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระดับ K ๓.๑๑ mmol/L ไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่มีอ่อนแรงแขนขา ดูแลให้ E.KCl ๑๕ ml oral stat -ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานอาหาร DM ได้ กลับพักได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๑,๐๐๐/๑,๐๐๐ ml <p>๑๓-๑๕ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ลดลง Temp ๓๖.๖-๓๗.๕°C, P ๗๒-๘๔ bpm, R ๒๐-๒๒ bpm, BP ๑๑๔-๑๒๘/๖๘-๗๘ mmHg - ช่วงเวลานี้ ผู้ป่วยรับประทานอาหาร DM ได้ กลับพักผ่อนได้ ขับถ่ายปกติ I/O: ๑,๒๐๐/๒,๔๐๐ ml <p>๑๖ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีไข้ BP ปกติ - ซีด เหนื่อย Hct ๒๑%, ดูแล PRC ๑ unit in ๔ hr หลังให้เลือด Hct ๒๗%, I/O: ๑,๒๐๐/๒,๒๐๐ ml <p>๑๗ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีไข้ BP ปกติ, Continuous Clindamycin ๖๐๐ mg IV q ๘ hr ต่อ - I/O: ๑,๒๐๐/๒,๑๐๐ ml <p>๑๘ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - D/C Today, Continuous Clindamycin (๓๐๐ gms) ๑x๓ oral pc จำนวน ๑๕ เม็ด - ยาโรค NCDs เต็ม - F/U ๑ week with CBC with H/C
๒. ผล Lab/Chest x-ray ผิดปกติ	<p>๔ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - WBC ๑๒,๙๒๐ cell/mm^๓, Neutrophil ๗๔% - BUN ๔๐.๗๔ mg/dL, Cr ๓.๙๔ mg/dL, GFR ๑๑ ml/min/๑.๗๓ m^๓ 	<p>๗ พฤษภาคม ๖๖</p> <ul style="list-style-type: none"> - WBC ๑๕,๕๙๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๖%, Neutrophil ๘๓% - BUN ๒๙.๙๕ mg/dL, Cr ๓.๑๒ mg/dL, GFR ๑๕ ml/min/๑.๗๓ m^๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

อาการแสดงและการรักษา ผล Lab/Chest x-ray ที่ผิดปกติ (ต่อ)

ประเด็น	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
	- H/C: <i>Bacillus spp. Gram positive</i>	- H/C: No growth
	- Chest x-ray: Normal chest	- Chest x-ray: Normal chest
	- EKG: Tachycardia	- EKG: Tachycardia
	๗ พฤษภาคม ๖๖	๑๒ พฤษภาคม ๖๖
	- WBC ๖,๖๗๐ cell/mm ^๓ , Neutrophil ๗๐%	-K ๓.๑๒ mmol/L
	- BUN ๒๔.๒๖ mg/dL, Cr ๒.๐๐ mg/dL, GFR ๒๔ ml/min/๑.๗๓ m ^๒	๑๕ พฤษภาคม ๖๖
	- K ๓.๑๒ mmol/L	- WBC ๖,๕๒๐ cell/mm ^๓ , Lymphocyte ๒๒%, Neutrophil ๖๑%
	- DTX: แกร์รับ ๓๗๑ mg% และตลอดการรักษา ๘๗-๒๘๔ mg%	- Hct ๒๑%, Hb ๖.๗ g/dL, MCV ๖๒ fL, MCH ๒๑ pg
		- K ๓.๖๙ mmol/L
		- BUN ๒๓.๖๔ mg/dL, Cr ๒.๐๔ mg/dL, GFR ๒๖ ml/min/๑.๗๓ m ^๒
		- DTX: แกร์รับ ๑๔๘ mg% และตลอดการรักษา ๗๖-๒๒๕ mg%

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีอาการนำมาด้วยระบบทางเดินอาหาร ได้รับ O_๒ cannular ๓ LPM ได้รับ ๐.๙%NSS IV load และ Levophed vein drip ผู้ป่วยมีความดันโลหิตเพิ่มขึ้นภายในเวลามาตรฐานที่กำหนด ได้รับยาปฏิชีวนะภายในเวลา ๑ ชั่วโมง และมีภาวะ Hypokalemia ผู้ป่วยรายที่ ๑ มี H/C ขึ้นเชื้อแบคทีเรีย *Bacillus spp. Gram positive* มีระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับสูงมาก DTX ๓๗๑ mg% ผู้ป่วยได้รับการรักษาและได้รับการดูแลให้การพยาบาลตามปัญหาและอาการแสดง ตอบสนองต่อการรักษา อาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์จำหน่ายไปฉีดยาปฏิชีวนะต่อที่ รพ.สต. รวมวันนอนโรงพยาบาลจำนวน ๔ วัน ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๒ H/C ไม่ขึ้นเชื้อแต่แสดงอาการติดเชื้อที่ตำแหน่งต่าง ๆ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร (Gastroenteritis) ระบบผิวหนังและกล้ามเนื้อ (Cellulitis) มีระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับไม่เป็นอันตราย DTX ๑๔๘ mg% ผู้ป่วยแสดงอาการของภาวะไตวายคือภาวะซีด (Anemia) ได้รับการแก้ไขโดยการให้ PRC และในระยะช่วงให้ยา Metronidazole IV q ๘ hr. เป็นเวลา ๖ วัน ไช้ยังสูง ไม่ลดลง แพทย์ทำการเปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็นยา Clindamycin ๖๐๐ mg IV q ๘ hr. อาการไข้ลดลง และอาการดีขึ้นตามลำดับ แต่อยู่รักษาเพื่อฉีดยา Ceftazidime ให้ครบ ๑๐ วัน จากนั้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้านไปรับประทานยา Clindamycin ต่อให้ครบ ๑๐ วัน ที่บ้าน รวมวันนอนโรงพยาบาล จำนวน ๑๑ วัน โดยผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีค่า eGFR ที่ระดับ ๕ แต่เมื่อได้รับยา Levophed vein drip ต่อเนื่อง มีค่า eGFR เพิ่มขึ้นเป็นระดับ ๔ รวมทั้ง ค่า BUN และ Cr ลดลง เหมือนกัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

สรุปแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ ๑

ระบบหายใจ:

- On O₂ cannular ๓ LPM จำนวน ๔ วัน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด:

- Levophed (๔:๒๕๐) จำนวน ๔ วัน

- ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml IV load X II

- ๐.๙%NSS vein drip ๖๐-๘๐ ml/hr จำนวน ๔ วัน

การติดเชื้อ:

๑. Metronidazole ๕๐๐ mg vein q ๘ hr x ๔ วัน

ต่อด้วย Metronidazole (๓๐๐ mg) ๒x๓ oral x ๕ วัน

๒. Ceftriaxone ๒ grms vein OD X ๗ วัน (ต่อที่ รพ.

สท.)

Potassium ต่ำ:

- E.KCL ๓๐ ml oral

ระบบทางเดินอาหาร:

- Plasil ๑๐ mg vein stat

- Losec ๔๐ mg vein stat

อินซูลิน:

if DTX ๑๘๑-๒๕๐ mg% RI ๔ unit sc

๒๕๑-๓๐๐ mg% RI Sc ๖ unit sc

๓๐๑-๓๕๐ mg% RI Sc ๘ unit sc

If <๘๐ or >๓๕๐ pls notify

ยาเดิม:

๑. Mixtard ๓๖-๐-๒๐ Unit Sc

๒. Calcium carbonate ๑x๑ oral pc เข้า

๓. Sodium bicarbonate ๑x๓ oral pc

๔. Simvastatin (๒๐ mg) ๑x๑ oral hs

๕. Enalapril (๕ mg) ๑x๑ oral pc เข้า

๖. Glipizide (๕ mg) ๒x๒ oral ac

๗. Folic acid ๑x๑ oral pc เข้า

กรณีศึกษาที่ ๒

ระบบหายใจ:

- On O₂ cannular ๓ LPM ๕ วัน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด:

- Levophed (๔:๒๕๐) จำนวน ๕ วัน

- ๐.๙%NSS ๕๐๐ ml IV load,

๐.๙%NSS KVO จำนวน ๔ วัน

การติดเชื้อ:

๑. Metronidazole ๕๐๐ mg vein q ๘ hr x ๖ วัน

ต่อด้วย Clindamycin ๖๐๐ mg vein q ๘ hr ๕ วัน ต่อ

ด้วย Clindamycin (๓๐๐ mg) ๑x๓ oral x ๕ วัน

๒. Ceftazidime ๒ grms vein q ๘ hr x ๑๐ วัน

Potassium ต่ำ:

- E.KCL ๑๕ ml oral

ภาวะ Anemia:

- PRC ๑ Unit vein

- CPM ๑ Amp ก่อน ให้เลือด

ระบบทางเดินอาหาร:

- Plasil ๑๐ mg vein stat

- Losec ๔๐ mg vein stat

อินซูลิน:

if DTX ๑๘๑-๒๕๐ mg% RI ๔ unit sc

๒๕๑-๓๐๐ mg% RI Sc ๖ unit sc

๓๐๑-๓๕๐ mg% RI Sc ๘ unit sc

If <๘๐ or >๓๕๐ pls notify

ยาเดิม:

๑. Feros fumarate ๑x๓ oral pc

๒. Calcium carbonate ๑x๑ oral pc เข้า

๓. Sodium bicarbonate ๑x๓ oral pc

๔. Simvastatin (๒๐ mg) ๑x๑ oral hs

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

สรุปแผนการรักษา (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑

กรณีศึกษาที่ ๒

๕. Losartan (๕๐ mg) ๑x๑ oral pc เช้า

๖. Glipizide (๕ mg) ๑x๒ oral ac

วิเคราะห์เปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย รักษาระบบหายใจ ด้วย O_๒ cannulaพ ระบบหัวใจและไหลเวียน ด้วย Levophed และ ๐.๙%NSS รักษาการติดเชื้อด้วย Metronidazole ส่วนยาที่แตกต่างกัน คือ รายที่ ๑ เพิ่มยา Ceftriaxone รายที่ ๒ เพิ่มยา Clindamycin และ Ceftazidime รักษาภาวะ Potassium ต่ำ ด้วย E.KCL รักษาระบบทางเดินอาหารด้วยยา Plasil และ Losec รักษาโรคเบาหวานด้วยอินซูลิน RI โดยรายที่ ๒ รักษาภาวะ Anemia ด้วย PRC ส่วนยาเดิมของผู้ป่วยที่ต้องใช้ต่อเนื่อง รายที่ ๑ ได้แก่ Mixtard, Calcium carbonate, Sodium bicarbonate, Simvastatin, Enalapril, Glipizide และ Folic acid รายที่ ๒ ได้แก่ RI, Ferrous fumarate, Calcium carbonate, Sodium bicarbonate, Simvastatin, Losartan และ Glipizide

การพยาบาล

ระยะแรกรับ

กรณีศึกษาที่ ๑

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากภาวะ Septic shock

OD: BP ๖๐/๔๐ mmHg, SOS ๓ คະแนน

Obj: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Septic shock

เกณฑ์: BP ≥ ๙๐/๖๐ mmHg, SOS ๐ คະแนน

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml x II, then ๘๐ ml/hr

๒. ดูแลให้ O_๒ Cannular ๓ LPM

๓. ดูแลให้ยา Levophed (๔:๒๕๐) ๕ ml/hr

๔. Retained foley's catheter

๕. ประเมิน V/S, O_๒ sat และอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

๖. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

๗. จัดทำนอนราบเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง

๘. บันทึก I/O

ประเมินผล: ผู้ป่วยพ้นภาวะ Shock ภายใน ๓๐ นาที BP ๙๖-๑๑๐/๖๔-๗๘ mmHg ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากภาวะ Septic shock

OD: BP ๘๐/๕๐ mmHg, SOS ๖ คະแนน

Obj: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Septic shock

เกณฑ์: BP ≥ ๙๐/๖๐ mmHg, SOS ๐ คະแนน

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ ๐.๙%NSS ๕๐๐ ml x I, then KVO

๒. ดูแลให้ O_๒ Cannular ๓ LPM

๓. ดูแลให้ยา Levophed (๔:๒๕๐) ๕ ml/hr

๔. Retained foley's catheter

๕. ประเมิน V/S, O_๒ sat และอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

๖. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

๗. จัดทำนอนราบเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง

๘. บันทึก I/O

ประเมินผล: ผู้ป่วยพ้นภาวะ Shock ภายใน ๑ ชั่วโมง BP ๑๑๔-๑๒๘/๖๘-๗๘ mmHg ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะแรกรับ (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

OD: WBC ๑๒,๙๒๐ cell/mm^๓, Neutrophil ๗๔%, H/C พบ *Bacillus spp. Gram positive*

Obj: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Sepsis

เกณฑ์: WBC ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ cell/mm^๓,

Neutrophil ๔๕-๗๐%, H/C no growth

การพยาบาล:

๑. ดูแลให้ Metronidazole ๕๐๐ mg IV และยา Ceftriaxone ๒ gms IV

๒. ประเมิน V/S และ SOS

๓. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

๔. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย

๕. ติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อนทุกระบบ

๖. ติดตามผล CBC

ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ อาการดีขึ้นตามลำดับ ใช้เวลารักษา ๔ วัน WBC ๖,๖๗๐ cell/mm^๓, Neutrophil ๗๐%

ระยะต่อเนื่อง

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีภาวะ Hyperglycemia

OD: DTX ๓๗๑ mg%

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyperglycemia

เกณฑ์: DTX ๗๐-๑๑๐ mg%

การพยาบาล

๑. เฝ้าระวังและสังเกตอาการ น้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อาการใจสั่นและปัสสาวะมาก

๒. ดูแลให้ RI ๑๐ Unit Sc ตามแผนการรักษา

๓. ให้ ๐.๙%NSS vein drip ๖๐-๘๐ ml/hr

๔. ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

OD: WBC ๑๕,๕๙๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๖%, Neutrophil ๘๓%

Obj: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Sepsis

เกณฑ์: WBC ๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐ cell/mm^๓, Neutrophil ๔๕-๗๐%, Lymphocyte ๒๕-๕๐%

การพยาบาล:

๑. ดูแลให้ Metronidazole ๕๐๐ mg IV และยา Ceftazidime ๒ gms IV

๒. ประเมิน V/S และ SOS

๓. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

๔. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย

๕. ติดตามประเมินอาการติดเชื้อแทรกซ้อนทุกระบบ

๖. ติดตามผล CBC

ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ซึ่งมีการเปลี่ยนยา Metronidazole ใน days ๖ เป็นยา Clindamycin จากนั้นอาการดีขึ้นตามลำดับ ใช้เวลารักษา ๑๑ วัน WBC ๖,๕๒๐ cell/mm^๓, Lymphocyte ๒๒%, Neutrophil ๖๑%

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ มีภาวะ Hyperglycemia

OD: ๑๔๘ mg%

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyperglycemia

เกณฑ์: DTX ๗๐-๑๑๐ mg%

การพยาบาล

๑. เฝ้าระวังและสังเกตอาการ น้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อาการใจสั่นและปัสสาวะมาก

๒. รายงานแพทย์ถ้า DTX > ๓๕๐ mg%

๓. ให้ ๐.๙%NSS KVO

๔. ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ ๑

๕. ดูแลให้ได้รับอาหารเฉพาะโรค DM diet เพื่อควบคุมน้ำตาล

๖. ดูแลให้ยาเดิมของผู้ป่วย Mixtard ๓๖-๐-๒๐ Sc และ Glipizide (๕ mg) ๒x๒ oral ac

ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyperglycemia ค่า DTX หลังจากให้ RI ตลอดการรักษา ๘๗-๒๘๔ mg%

กรณีศึกษาที่ ๒

๕. ดูแลให้ได้รับอาหารเฉพาะโรค DM diet เพื่อควบคุมน้ำตาล

๖. ดูแลให้ยาเดิมของผู้ป่วย Glipizide (๕ mg) ๑x๒ oral ac

ประเมินผล: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hyperglycemia ค่า DTX หลังการรับประทาน Glipizide ตลอดการรักษา ๘๗-๒๒๕ mg%

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะของเสียคั่ง เนื่องจากการกรองของไตลดลง

OD: BUN ๔๐.๗๔ mg/dL, Cr ๓.๙๔ mg/dL, GFR ๑๑ ml/min/๑.๗๓ m^๒

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากของเสียคั่งในร่างกาย
เกณฑ์: BUN ๙-๒๒ mg/dL, Cr ๐.๗-๑.๒ mg/dL, GFR ≥ ๙๐ ml/min/๑.๗๓ m^๒ และไม่มีอาการ บวม หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ยา Levophed เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงไต

๒. ประเมินลักษณะอาการและอาการแสดงของของเสียคั่ง ได้แก่ บวม หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย และสับสน

๓. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต

๔. ติดตามและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน

๕. ติดตามผล Lab ได้แก่ BUN, Cr, eGFR

ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการ บวม หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย และสับสน ค่า BUN ๒๔.๒๖ mg/dL, Cr ๒.๐๐ mg/dL, GFR ๒๔ ml/min/๑.๗๓ m^๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๒ มีภาวะของเสียคั่ง เนื่องจากการกรองของไตลดลง

OD: BUN ๒๙.๙๕ mg/dL, Cr ๓.๑๒ mg/dL, GFR ๑๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากของเสียคั่งในร่างกาย
เกณฑ์: BUN ๙-๒๒ mg/dL, Cr ๐.๗-๑.๒ mg/dL, GFR ≥ ๙๐ ml/min/๑.๗๓ m^๒ และไม่มีอาการ บวม หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ยา Levophed เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงไต

๒. ประเมินลักษณะอาการและอาการแสดงของของเสียคั่ง ได้แก่ บวม หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย และสับสน

๓. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต

๔. ติดตามและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน

๕. ติดตามผล Lab ได้แก่ BUN, Cr, eGFR

ประเมินผล: ผู้ป่วยไม่มีอาการ บวม หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย และสับสน ค่า BUN ๒๓.๖๔ mg/dL, Cr ๒.๐๔ mg/dL, GFR ๒๖ ml/min/๑.๗๓ m^๒

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มีภาวะ Hypokalemia

OD: K ๓.๑๒ mmol/L

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ

Hypokalemia

เกณฑ์: K ๓.๖-๕.๕ mmol/L และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การพยาบาล

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ E.KCL ๓๐ ml oral stat

๒. ประเมินอาการของภาวะ Hypokalemia ได้แก่

การเต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวด

เกร็งเป็นตะคริว และท้องอืดหรือท้องผูก

๓. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก

๔. ติดตามค่า Potassium ในกระแสเลือด

ประเมินผล: ไม่พบอาการแสดงภาวะ

Hypokalemia ไม่มีแผนการรักษาในการตรวจค่า K

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๓ มีภาวะ Hypokalemia

OD: K ๓.๑๒ mmol/L

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia

เกณฑ์: K ๓.๖-๕.๕ mmol/L และไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ E.KCL ๑๕ ml oral stat

๒. ประเมินอาการของภาวะ Hypokalemia ได้แก่ การ

เต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเกร็งเป็น

ตะคริว และท้องอืดหรือท้องผูก

๓. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก

๔. ติดตามค่า Potassium ในกระแสเลือด

ประเมินผล: ไม่พบอาการแสดงภาวะ Hypokalemia

ค่า K ๓.๖๙ mmol/L

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๔ ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง

OD: Temp ๓๙.๗°C, PR ๑๐๐ bpm

Obj: เพื่อลดไข้และให้ผู้ป่วยสุขสบาย

เกณฑ์: Temp ๓๖.๕-๓๗.๔°C, PR ๖๐-๑๐๐ bpm

การพยาบาล

๑. ดูแลให้ยา Paracetamol (๕๐๐) ๑ tab prn ทุก ๔-๖ hr

๒. เช็ดตัวลดไข้ โดยใช้น้ำธรรมดาอุณหภูมิห้อง

๓. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อลด Toxin ของเชื้อ ที่ทำลายเซลล์

๔. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและอากาศถ่ายเทได้สะดวก

๕. ประเมิน V/S ทุก ๔ ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย

ประเมินผล: ผู้ป่วยไข้ลดลง สุขสบายขึ้น หลังจาก เปลี่ยนยาจาก Metronidazole เป็นยา Clindamycin

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะต่อเนื่อง(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑

-

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๕ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง

OD: Hct ๒๑%, Hb ๖.๗ g/dL, MCV ๖๒ fL, MCH ๒๑ pg

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะซีด

เกณฑ์: Hct ๓๗-๔๒%, Hb ๑๒-๑๔ g/dL, MCV ๘๐-๑๐๐ fL, MCH ๒๗-๓๑ pg และไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน

การพยาบาล

๑. ดูแลให้เลือด Pack red cell เพื่อให้ตัวนำออกซิเจนให้ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเพียงพอ

๒. ดูแลให้ O_๒ cannular ๓ LPM

๓. ประเมินสีผิว ความเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการหายใจหอบเหนื่อย

๔. ประเมิน V/S และ O_๒ sat

๕. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ

๖. ติดตามผล CBC ได้แก่ Hct, Hb, MCV และ MCH

ประเมินผล: ผู้ป่วยยังมีสภาพทั่วไปซีด แต่หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่า Hct หลังให้ PRC เพิ่มขึ้นจาก ๒๑% เป็น ๒๗%

ระยะก่อนจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ ๑

กรณีศึกษาที่ ๒

วินิจฉัยปัญหาข้อที่ ๑ ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ และการชะลอไตเสื่อม เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน (ทั้ง ๒ ราย)

SD: ผู้ป่วยถามว่า “ทำอย่างไร ยายจึงจะไม่เป็นแบบนี้อีกไหม” OD: ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

Obj: เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์: ผู้ป่วยอธิบายแนวทางการปฏิบัติตัวของตนเองหลังการจำหน่ายกลับบ้านได้

การพยาบาล

ดูแลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ และการชะลอไตเสื่อม เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้หลัก DMETHOD ได้แก่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

การพยาบาล (ต่อ)

ระยะก่อนจำหน่าย (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑

กรณีศึกษาที่ ๒

D: คือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค Septic shock ภายใต้การมีโรคประจำตัว DM, HT และ CKD stage ๔ เกี่ยวกับพยาธิสภาพและอาการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิด Septic shock ซ้ำอีก

M: รายที่ ๑ ฉีด Ceftriaxone ๒ gms vein OD ให้ครบ ๗ วัน ต่อเนื่องที่ รพ.สต. รายที่ ๒ รับประทานยา Clindamycin (๓๐๐ mg) ๑x๓ oral ให้ครบ ๕ วัน และทั้ง ๒ ราย ต้องรับประทานยารักษาโรค DM, HT และ CKD stage ๔ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อชะลอไตเสื่อม และป้องกันโรคเลือดสมอง/หัวใจ

E: แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ ความสะอาดและถูกสุขลักษณะของสิ่งแวดล้อม

T: แนะนำการดูแลเบื้องต้น เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การรับประทานยาลดไข้ การแก้ไขอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ

H: การส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกาย ทำงานอดิเรก ทำจิตใจให้เบิกบาน เข้าวัด ฟังเทศน์ นั่งสมาธิ ร้อง รำ ทำเพลง เพื่อลดความเครียดและทำให้อารมณ์ดี

O: การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และไปรับยาตามนัดที่คลินิก NCDs แนะนำหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการเรียกรถ ๑๖๖๙ ถ้าฉุกเฉิน

D: แนะนำอาหารครบ ๕ หมู่ ที่เน้นการลดอาหาร หวาน มัน เค็ม การดื่มน้ำวันละ ๑,๒๐๐ ml งดชา กาแฟ น้ำหวาน น้ำอัดลม เน้นการรับประทานผักและผลไม้ทุกชนิด ซึ่งจะสามารถควบคุมโรค NCDs ได้ด้วย

ประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติรับรู้และเข้าใจในการดูแลและปฏิบัติตัวป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ และการชะลอไตเสื่อม เมื่อกลับบ้าน

วิเคราะห์เปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ในระยะแรกได้รับ มีวินัจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ ๑) ปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากภาวะ Septic shock ดูแลให้ ๐.๙%NSS IV load ดูแลให้ O_๒ Cannular ดูแลให้ยา Levophed IV drip ดูแลให้ยา ATB และจัดท่านอนราบ ๒) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ดูแลได้รับยา ATB ตามแผนการรักษา ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย ระยะต่อเนื่อง พบวินัจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน ได้แก่ ๑) มีภาวะ Hyperglycemia ดูแลให้ ๐.๙%NSS IV ติดตาม DTX ดูแลให้อาหาร DM ให้ยาเดิมที่รับจากคลินิก NCDs และดูแลให้ RI ๑๐ Unit Sc ในผู้ป่วยรายแรก ๒) มีภาวะของเสียคั่ง เนื่องจากการกรองของไตลดลง ดูแลให้ยา Levophed เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงไต ประเมินอาการบวม หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย และสับสน บันทึก I/O และ ๓) มีภาวะ Hypokalemia ดูแลให้ E.KCL ประเมินอาการเต้นของหัวใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเกร็งเป็นตะคริว และท้องอืดหรือท้องผูก บันทึก I/O และปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะผู้ป่วยรายที่ ๒ ได้แก่ ๑) ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง ดูแลให้ยา Paracetamol เช็ดตัวลดไข้ ให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อลด Toxin ของเชื้อที่ทำลายเซลล์ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน และ ๒) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลง ดูแลให้เลือด PRC ให้ O_๒ cannular ประเมินความเหนื่อย การหายใจหอบเหนื่อย แลให้อาหารอย่างเพียงพอ ระยะก่อนจำหน่าย วางแผนการจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ และการชะลอไตเสื่อม เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้แนวคิด DMETHOD

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิตที่หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖

ข้อมูล	ค่าเป้าหมาย	ปี		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (คน)	-	๓,๗๙๔	๙,๒๖๒	๑๐,๙๗๕
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ Sepsis	-	๙๐,	๑๐๐	๑๐๒
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ Septic shock (คน)	-	๕๕	๕๗	๖๑
อัตราการได้รับยา ATB ภายใน ๑ hr. หลังวินิจฉัย (ร้อยละ)	<๕	๐	๐	๐
อัตราการได้รับยา ATB ของผู้ป่วย Septic shock ภายใน ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง (ร้อยละ)	<๕	๐	๐	๐
อัตราการตายจากสาเหตุ Septic shock	<๕	๓.๖๓	๓.๕๐	๓.๒๗
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการให้บริการ (ร้อยละ)	๙๐	๙๑.๕๓	๙๒.๔๕	๙๓.๐๐

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานหอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ทูกรายได้รับการรักษาและให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิตโดยมีการติดตามอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว และตำแหน่งให้ IV ไม่เกิด Phlebitis ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย ได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ผู้ป่วยเด็กได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันไปถึงความพิการและการเสียชีวิต โดยมีการประเมินปัญหาและให้การพยาบาลตามหลักวิทยาศาสตร์ ด้วยกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ให้การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) ตาม แนวคิดการดูแล ๗ Aspects of care โดย ๑) การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ๒) การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ ๓) การดูแลความปลอดภัย ๔) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ๕) การให้การดูแลต่อเนื่อง ๖) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว และ ๗) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะ Hyperglycemia และ Hypokalemia ภาวะของเสียคั่ง ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้สูง และแก้ไขภาวะช็อค รวมไปถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้ป้องกันไปถึงการเสียชีวิต พร้อมทั้งให้ข้อมูลในการป้องกันการเป็นซ้ำ เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการของหน่วยงาน ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยคะแนน ๓.๕๑ ขึ้นไป มีร้อยละเพิ่มขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้า หาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย เพื่อเพิ่มความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

๖.๑.๒ เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการ เพื่อนำความรู้สู่พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย

๖.๑.๓ จัดทำเป็นมาตรฐานการดูแลให้ การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๑.๔ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่มาฝึกอบรมดูงาน และนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๑.๕ เป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๒ ผลกระทบ

การศึกษารายกรณีครั้งนี้ไม่พบผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต และระบบการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล แต่ผลของการศึกษาพบว่าเกิดประโยชน์ในการนำแนวทางการพยาบาลไปใช้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ทั้ง ๒ ราย พบประเด็นความยุ่งยากจากการให้การพยาบาล ได้แก่

๗.๑ การพยาบาลที่สำคัญจะเน้นการประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ด้วยคะแนน SOS Score=๑๒ คะแนน (มากกว่า ๔ คะแนน=Septic shock) ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature) ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) และปริมาณปัสสาวะ (Urine Output) โดยกลไกการช็อกเริ่มขึ้นเมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายและเข้าสู่กระแสเลือด เชื้อปล่อย Toxin กระตุ้น IL๑, IL๒ และ IL๖ ทำให้ Vasodilatation และเกิด Congestion ของหลอดเลือด ประกอบกับ กระตุ้น Kinin&Histamine ทำให้ Vasodilatation และ Plasma leakage ทำให้ Cardiac input และ output ลดลง ส่งผลให้เลือดที่มีออกซิเจนไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ต้องประเมินได้ทันภายใน ๓๐ นาที ถึง ๑ ชั่วโมง หรือไม่เกิน ๒ ชั่วโมง ประเด็นสำคัญคือถ้าไม่สามารถให้ยาปฏิชีวนะได้ทันการที่อาการของภาวะ Septic shock จะเกิดภาวะ Multiple organ dysfunction ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่ออาการแสดงก่อนมาโรงพยาบาล ๕ ชั่วโมง แต่เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ทีมแพทย์และพยาบาลสามารถประเมินได้ทันที่ว่าผู้ป่วยมี Septic shock ทำให้การรักษาเป็นไปตามระยะเวลาที่ควรได้รับการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผลของการรักษาพยาบาลภาวะ Septic shock ได้ผลดี และไม่ช็อกซ้ำ

๗.๒ ประเด็นสำคัญในการให้การพยาบาลระยะแรกเริ่มถือเป็นการพยาบาลระยะวิกฤต ซึ่งจากผลกระทบของให้เลือดที่มีออกซิเจนไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ พยาบาลจะต้องสามารถดูแลผู้ป่วยในประเด็นที่เป็นโรค U/D ที่เป็นโรค DM และ HT ซึ่งทั้ง ๒ โรค มีผลกระทบต่อไต โดยถ้าควบคุมระดับน้ำตาลและความดันไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นโรค CKD stage ๔ มีค่า eGFR ลดลง และขณะช็อกจะส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ พยาบาลต้องสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างเร่งรีบในการให้ผู้ป่วยได้รับยา Levophed เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงไต โดยกลไกการออกฤทธิ์ของยาขึ้นกับความสามารถในการจับกับตัวรับ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

(Receptor) ที่หลอดเลือดหรือหัวใจ โดยยากกลุ่ม Norepinephrine หรือ Levophed จะจับกับ Alpha-๑ receptor และ V๑ receptor ทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มความดันเลือด จะส่งผลให้ไตกลับคืนสภาพได้เท่ากับหรือดีกว่าก่อนเกิดภาวะช็อก จากนั้นเน้นการให้สารน้ำทั้งทางหลอดเลือดให้เพียงพอ และควบคุมการให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ อันจะส่งผลให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงไตได้มากขึ้น

๗.๓ การวางแผนการจำหน่าย พยาบาลจะต้องสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยโรค NCDs มีภาวะ Septic shock วางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ Sepsis และ Septic shock ทั้งนี้รวมถึงการป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ และการชะลอไตเสื่อม เพื่อวัตถุประสงค์สำคัญคือเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้การเป็นโรคเรื้อรัง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ทั้งในด้านแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้อง ด้านบุคลากร ด้านครุภัณฑ์ และด้านผู้บริหาร ส่วนด้านผู้ป่วยหรือญาติไม่มีข้อร้องเรียน และไม่เกิดความเสียหายต่างๆ ในการรักษาพยาบาล

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร

๙.๑.๑ วางแผนและเรียงลำดับการส่งพยาบาลประจำการเข้าอบรมการพยาบาล นอกสถานที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต

๙.๑.๒ วางแผนจัดอบรมหรือประชุมเชิงปฏิบัติการภายในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๙.๒ ด้านบริการ

๙.๒.๑ ให้การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock ทั้งในระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง และระยะก่อนจำหน่าย

๙.๒.๒ ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยา Levophed

๙.๒.๓ ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิด Cannular

๙.๒.๔ ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ (จิตใจ) และจิตวิญญาณ

๙.๒.๕ ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามหลัก ๗ Aspects of care

๙.๒.๖ ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายโดยใช้แนวคิด DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันเกิดภาวะ Sepsis และ Septic shock รวมถึงการควบคุมโรค DM, HT และการชะลอไตเสื่อม

๙.๓ ด้านวิชาการ

๙.๓.๑ สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock

๙.๓.๒ พัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock

๙.๓.๓ สร้างแนวปฏิบัติการให้ยากระตุ้นหัวใจในผู้ป่วยช็อก (กลุ่มยา Vasopressor)

๙.๓.๔ สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้สูงอายุเพื่อชะลอไตเสื่อม

๙.๓.๕ สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิดต่าง ๆ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

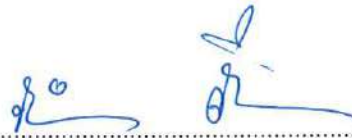
เผยแพร่ผลงาน แบบเปรียบเทียบกรณีศึกษา ๒ ราย เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่ได้รับยาเพิ่มความดันโลหิต ในวารสารยโสธรเวชสาร ปีที่ ๒๖ ประจำปี ๒๕๖๗ ฉบับที่ ๑ เดือนมกราคม ถึง เมษายน ๒๕๖๗

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวจำลองลักษณ์ สืบสา สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นางสาวจำลองลักษณ์ สืบสา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗


ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจำลองลักษณ์ สีบสา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางละอองศรี มั่งมี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขณณ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยืน

วันที่ - ๕ ม.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลน่าน

๒. หลักการและเหตุผล

Septic shock คือภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะช็อกชนิดหนึ่งที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงและการขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ผิดปกติ ล้มเหลวและเสียชีวิตได้ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) มีองค์ประกอบสำคัญ ๓ ส่วน ได้แก่ มีการติดเชื้อ (Infection) มีความผิดปกติของการตอบสนองของร่างกาย (Dysregulated host response) และมีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติ (Organ dysfunction) ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติอย่างรุนแรงและเสียสมดุลไป มีผลคุกคามถึงแก่ชีวิต ส่วนภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) จัดเป็นส่วนย่อย (Subset) ของคำว่า Sepsis ที่มีความผิดปกติในระดับเซลล์ เมตาบอลิซึมและระบบไหลเวียนของร่างกาย และเป็นสาเหตุการตายของภาวะ Sepsis อุบัติการณ์ของโลกพบว่ามีผู้ป่วยมีภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ ๑๐.๔ ของประชากร และมีอัตราการตายจากภาวะนี้ ร้อยละ ๓๙ ในทวีปเอเชียพบมีรายงานอุบัติการณ์ ภาวะ Sepsis ประมาณร้อยละ ๑๐.๔ ของประชากร และมีอัตราการตายจากภาวะนี้ ร้อยละ ๕๐ ส่วนประเทศไทยพบภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตมีผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ประมาณ ๔๕,๐๐๐ ราย/ต่อปี ซึ่งคิดแล้ว พบว่า ผู้ป่วย Sepsis ๑ ราย เกิดขึ้นทุก ๓ นาที และผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ๕ ราย ทุก ๑ ชั่วโมง โดยอัตราการเกิดภาวะ Sepsis ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ อยู่ที่ร้อยละ ๓๒.๐๓ และ ๓๔.๖๕ ตามลำดับ การรักษารวมต้องเริ่มให้ยาปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย พร้อมกับการแก้ไขความดันโลหิตต่ำ โดยให้ค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ ๖๕ มิลลิเมตรปรอท ด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (Intravenous fluid load: IV load) ที่เพียงพอและเหมาะสม ร่วมกับการให้ยากระตุ้นแรงดันโลหิต (Vasopressor) เพื่อทำให้การไหลเวียนดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเป้าหมาย ๓ ชั่วโมง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคที่จะส่งผลให้เกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ดังนั้นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย Septic shock ในระยะแรกหรือระยะวิกฤต นอกจากจะดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกโดยเร็วแล้วยังต้องดูระบบต่าง ๆ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจ ระบบเลือด ตับ ไต หรือทางเดินอาหาร และอื่น ๆ ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็วด้วย เพื่อป้องกันการเสียชีวิตและลดอัตราการตาย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล (Nursing process) และดูแลแบบองค์รวม (Holistic care)

การให้ดูแลรักษาและให้การพยาบาล ภาวะ Septic shock ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยถ้าประเมินภาวะช็อกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีทั้งการให้ยาปฏิชีวนะทันทีภายใน ๑ ชั่วโมง หลังจากแสดงอาการช็อก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มให้ปริมาตร Plasma ในหลอดเลือดให้กลับมาเร็วที่สุด รวมถึงการให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ เพื่อเพิ่มความดันโลหิต และ Renal blood flow พร้อมทั้งการติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการแสดงอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับความดันโลหิต การวัดความดันที่หลอดเลือดดำส่วนกลาง ความอิ่มตัวของออกซิเจน คลื่นไฟฟ้าหัวใจและปริมาณปัสสาวะ รวมถึงการวิเคราะห์ก๊าซและเคมีในเลือด อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย Septic shock ได้อย่างทันท่วงทีไม่ได้หมายถึงผู้ป่วยจะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ทุกรายเสมอ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนนั้นเป็นอันตรายต่ออวัยวะระบบต่างๆ ได้หลายระบบ และอาจส่งผลให้เกิดภาวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction) ได้ ซึ่งได้แก่ ปอด หัวใจ ไต สมอ ตับ ระบบการแข็งตัวของเลือดและต่อมไร้ท่อต่างๆ ดังนั้นการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock ตั้งแต่ระยะเริ่มช็อกจนถึงระยะพ้นช็อกอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายของภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยั้น มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน ๖๐ เตียง รับรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกโรคทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๓,๗๙๔, ๙,๒๖๒ และ ๑๐,๙๗๕ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis จำนวน ๙๐, ๑๐๐ และ ๑๐๒ ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวินิจฉัยภาวะ Septic shock จำนวน ๕๕, ๕๗ และ ๖๑ ราย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี คิดเป็นอัตราการตายจากภาวะ Septic shock ร้อยละ ๓.๖๓, ๓.๕๐ และ ๓.๒๗ ตามลำดับ จากสถิติแม้ว่าอัตราการตายจากภาวะ Septic shock จะลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock เพิ่มขึ้น และด้วยพยาธิสภาพของโรคต่ออวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงทุกราย และผู้ศึกษาพบว่าปัจจัยการเสียชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วย SOS ๑๐ คะแนนขึ้นไป และขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วย คะแนน SOS ไม่ลดลง แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับ IV load และยา Vasopressor รวมทั้งยาปฏิชีวนะได้ทันเวลา ซึ่งการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย Sepsis shock นอกจากจะดูแลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะช็อกโดยเร็วแล้วยังต้องดูระบบต่าง ๆ ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว ยังต้องมีการพัฒนางานเพื่อให้สามารถประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock ได้ด้วย ดังนั้นผู้ป่วย Septic shock ที่เข้ารับการรักษามีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย ๒ ระบบ ขึ้นไปทุกรายเสมอ ซึ่งพยาบาลจะต้องสามารถประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยแต่ละรายได้ โดยถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลประเมินและเฝ้าระวังตั้งแต่แรก ๆ จะทำให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที อันจะทำให้ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเกิดในระยะช็อกนั้นมีระยะเวลาไม่ยาวนาน ถ้าประเมินได้เข้าและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจะเข้าไปด้วย อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อน

ดังนั้นผู้เสนอข้อเสนอนี้แนวคิดในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยใน มีความตระหนักในการปฏิบัติงานของผู้ได้บังคับบัญชา ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยใน จะต้องมีการพัฒนาปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยั้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการประเมินและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนของ Septic shock ที่เป็นแนวทางเดียวกันทุกคน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและอาการดีขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เป็นแนวทางเดียวกัน และมีผลงานการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยั้น มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน ๖๐ เตียง รับรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกโรคทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึงผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ป่วยที่รับดูแลรักษาและให้การพยาบาล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๓,๗๙๔, ๙,๒๖๒ และ ๑๐,๙๗๕ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis จำนวน ๙๐, ๑๐๐ และ ๑๐๒ ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวินิจฉัยภาวะ Septic shock จำนวน ๕๕, ๕๗ และ ๖๑ ราย ตามลำดับ ซึ่งทั้ง ๓ ปี คิดเป็นอัตราการตายจากภาวะ Septic shock ร้อยละ ๓.๖๓, ๓.๕๐ และ ๓.๒๗ ตามลำดับ จากสถิติแม้ว่าอัตราการตายจากภาวะ Septic shock จะลดลง แต่จำนวนผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยทุกรายมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple organ dysfunction syndrome) ซึ่งถ้าหากได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและประเมินได้ตั้งแต่นั้น ๆ ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้ปลอดภัยอย่างรวดเร็ว จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลวิชาชีพประจำห้องผู้ป่วยใน จะต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ การประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยั้น เพื่อให้มีกิจกรรมและแนวทางในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นแนวทางเดียวกัน และปฏิบัติตามแนวทางทุกคน

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของ Septic shock

๓. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางในการปฏิบัติในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock

การดำเนินงาน

เดือนเมษายน-กันยายน ๒๕๖๗

๓.๒ แนวความคิด/ข้อเสนอ

ผู้เสนอผลงานขอเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาอันตรายที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะ Septic shock โดยการพัฒนาแนวประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น โดยใช้แนวคิดการพัฒนาตามขั้นตอนของวงจรคุณภาพเต็มมิ่ง (Deming, ๑๙๘๖) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ ขั้นเตรียม (Plan)

๑. ศึกษาค้นคว้า และทบทวนหนังสือ ตำรา และเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้ป่วย Septic shock ในส่วนของการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน แล้วทำการวิเคราะห์ ตกลงเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย

๒. พัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock จากแนวคิดที่ศึกษาค้นคว้า ทบทวนหนังสือ ตำราและเอกสาร ผสมกับแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังที่หอผู้ป่วยเคยปฏิบัติมา แล้วกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นตอนที่ ๒ ขั้นดำเนินการ (Do)

๑. นำเสนอแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น ต่อหอผู้ป่วยใน ซึ่งค้นคว้าและเรียบเรียงขึ้นโดยผู้เสนอผลงาน ต่อทีมพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อปรับแก้ให้ตรงกับบริบทของหน่วยงานหอผู้ป่วยในให้มากที่สุด

๒. นำเสนอแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น ต่อที่ประชุมประจำเดือนของหอผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ช่วยหัวหน้างานรับทราบ และปรับแก้ให้ตรงกับบริบทของหน่วยงานหอผู้ป่วยใน แล้วเสนอหัวหน้างาน เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีการทำกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกันที่หอผู้ป่วยใน ช่วงเดือนเมษายน-กันยายน ๒๕๖๗

๓. นำเสนอแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น ต่อทีม PCT เพื่อให้มีการทำกิจกรรมการพยาบาลให้เป็นแนวทางเดียวกัน

๔. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น เป็นแนวทางเดียวกัน

ขั้นตอนที่ ๓ ขั้นประเมินผล (Check) และรายงานผล

๑. ตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น เป็นแบบ Check list โดยแบ่งเป็น มีและไม่มี, ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

๒. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการบริการผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ ๔ ขั้นพัฒนานำผลการประเมินไปใช้ (Act)

นำผลที่ได้จากการประเมินผล (Check) ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรม แนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำยิ้น และแบบฟอร์มการบันทึกในปีต่อไป

๓.๓ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำเย็น จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในหอผู้ป่วยใน ไม่อาจอ้างอิงกับหน่วยงานอื่นได้ แต่เป็นการวางแผนแก้ไขปรับปรุงงาน เพื่อให้สามารถใช้ได้เป็นมาตรฐานการพยาบาลตามบริบทในหอผู้ป่วยในอนาคตต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock ใช้ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลน้ำเย็น

๔.๒ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock ทุกคน

๔.๓ ผู้ป่วย Septic shock ทุกคน ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

๔.๔ ผู้ป่วย Septic shock เสียชีวิตลดลง

๔.๕ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำเย็น จำนวน ๑ แนวปฏิบัติ

๕.๒ พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Septic shock หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล น้ำเย็น ร้อยละ ๑๐๐

๕.๓ ผู้ป่วย Septic shock ทุกคน ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ ๑๐๐

๕.๔ ผู้ป่วย Septic shock เสียชีวิตลดลง ร้อยละ ๕๐

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจำลองลักษณ์ สืบสา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ เดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑. ความรู้

๓.๑.๑. การพยาบาล

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการพยาบาล

๑) ทฤษฎีการพยาบาล (Nursing theory)

๒) แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

๓) การพยาบาลใน ๔ มิติ (กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ)

๔) หลักการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ๗ ASPECTS

๓.๑.๒. วัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง

ความหมาย แนวคิด แนวทาง แนวปฏิบัติเกี่ยวกับวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง

๑) ความหมายของวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง

๒) แนวทางการรักษาวัณโรคดื้อยา ตามคำแนะนำของสมาคมโรคติดเชื้อ สมาคมโรคทรวงอก ประเทศสหรัฐอเมริกา และสมาคมโรคทางเดินหายใจในสหภาพยุโรป

๓) แนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

๔) แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑. การพัฒนารูปแบบการป้องกันวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก โดยกระบวนการชุมชนมีส่วนร่วม

๒. ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิमान

๓. การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก

๓.๒. ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๒.๑. เป็นผู้ปฏิบัติทางการพยาบาล

๑) ประเมิน คัดกรองผู้ป่วย

๒) ชักประวัติผู้ป่วย

๓) ให้การพยาบาลผู้ป่วย

๔) วางแผนการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และสหสาขาวิชาชีพ

๕) ประสานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาตามมาตรฐานกรณีเกินศักยภาพเพื่อความปลอดภัย

๖) ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพ

๗) ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม

๘) ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยในภาวะวิกฤต และฉุกเฉิน

๙) บันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วนในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและประเทศ

๑๐) สรุป รายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บังคับบัญชา ผู้บริหาร เครือข่าย สสจ. และเขตสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒. ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒.๒. เป็นผู้นำ

๑) ประชุมวางแผนร่วมกับทีมงาน

๒) ร่วมลงมือปฏิบัติ

๓) เป็นที่ปรึกษาภายในโรงพยาบาล อำเภอ และจังหวัด

๔) เสริมพลังทีมงาน และชุมชน

๕) นำหลักการพยาบาล และแนวคิดทางการพยาบาลมาปรับใช้ในโรงพยาบาล

๖) พัฒนาองค์ความรู้ผู้นำทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

๗) ประสานและอำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และทุกหน่วยบริการ กรณีที่มีการเชื่อมโยงการรักษาพยาบาล

๘) วางระบบการบริการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และญาติ ตามหลัก ๓P Safety

๓.๒.๓. เป็นผู้จัดการกิจกรรม และโครงการ

๑) ประชุม วางแผนงานโครงการร่วมกับผู้บริหาร

๒) ถ่ายทอด สื่อสาร เสริมพลัง แก่ทีมงาน

๓) เขียน เสนอ จัดทำ และสรุปผลการทำโครงการ ให้ทีมงานรับทราบ

๔) บริหารจัดการกิจกรรม และโครงการในงานที่รับผิดชอบ ตามหลักการ ๔M (Man Money

Material Management)

๓.๒.๔. เป็นผู้พัฒนาองค์ความรู้ และขยายผลการดำเนินงานเป็นต้นแบบ

๑) นำหลักการในการบริหารจัดการมาใช้ในการทำงาน

๒) ทำวิจัยและพัฒนาจากงานประจำ ให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยพัฒนางานวิจัย งานวิชาการในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ ภาค และประเทศ ทุกปี

๓) นำเสนอผลงานวิชาการเป็นที่ประจักษ์เป็นแหล่งดูงาน

๔) ร่วมจัดทำคู่มือที่เป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคระดับเขตสุขภาพที่ ๑๐

๕) เป็นวิทยากร ที่ปรึกษา เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล ระดับ

อำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑. สาระสำคัญ

ประเทศไทยติดอันดับในกลุ่ม ๑๔ ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูงทั้งวัณโรค (TB) วัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Multidrug-resistant tuberculosis, MDR-TB) องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดประมาณว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วย MDR/RR-TB ๓,๙๐๐ ราย หรือ คิดเป็น ๕.๗ ต่อประชากรแสนคน โดยพบ MDR/RR-TB ร้อยละ ๒.๒ ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ ๒๔ ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน ประมาณร้อยละ ๕-๑๐ ของ MDR-TB เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant tuberculosis, XDR-TB)๑ การรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน มีความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษา วัณโรคที่ยังไวต่อยา (DS-TB) หลายเท่า และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบ ทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น พบว่า ๑) การรักษา DS-TB ใช้ระยะเวลา ๖ เดือน ค่ายารวม ๔ ชนิดประมาณ ๒,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ บาท รักษา สำเร็จได้เกือบทุกราย ๒) การรักษา MDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๒๐ เดือน โดย จะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย ๖-

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑. สาระสำคัญ (ต่อ)

เดือน ค่ายารวม ๕ ชนิดประมาณ ๒ แสบบาท รักษาสำเร็จ ได้ประมาณร้อยละ ๗๕ และ ๓) ส่วนการรักษา XDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๒๐ เดือน

การรักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน มีความยุ่งยากและค่าใช้จ่ายสูงกว่าการรักษา วัณโรคที่ยังไวต่อยา (DS-TB) หลายเท่า และมีผลสำเร็จของการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบ ทั้งในเรื่องของผลสำเร็จของการรักษา และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น พบว่า ๑) การรักษา DS-TB ใช้ระยะเวลา ๖ เดือน ค่ายารวม ๔ ชนิดประมาณ ๒,๐๐๐ - ๔,๐๐๐ บาท รักษา สำเร็จได้เกือบทุกราย ๒) การรักษา MDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๒๐ เดือน โดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย ๖ เดือน ค่ายารวม ๕ ชนิดประมาณ ๒ แสบบาท รักษาสำเร็จ ได้ประมาณร้อยละ ๗๕ และ ๓) ส่วนการรักษา XDR-TB ต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย ๒๐ เดือนโดยจะต้องฉีดยาทุกวันอย่างน้อย ๘ เดือน ค่ายารวม ๕ ชนิดประมาณ ๑.๒ ล้านบาท รักษา สำเร็จได้เพียงประมาณร้อยละ ๕๐

สาเหตุที่ทำให้เกิดเชื้อวัณโรคคือยา เกิดได้ ๒ วิธี คือ ๑) ติดเชื้อวัณโรคคือยา ๒) ได้รับ การรักษาวัณโรคที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้มาตรฐาน ทำให้เกิดการคัดเลือก สายพันธุ์เชื้อคือยา การพบวัณโรคคือยาในผู้ป่วยที่ไม่เคยรับการรักษามาก่อน สะท้อนถึง การแพร่กระจายของเชื้อคือยาในชุมชน แสดงว่า ในชุมชนมีผู้ป่วยวัณโรคคือยาที่ไม่ได้รับ การวินิจฉัย ไม่ได้รับการรักษา หรือได้รับการรักษาที่ไม่ดีพอ ส่วนการพบวัณโรคคือยา ในผู้ป่วยที่เคยรับการรักษามาก่อน สะท้อนถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการคือยา ๓ ด้าน คือ ๑) ด้านผู้ป่วย (ความไม่ยอมรับการรักษาของผู้ป่วย หรือการตอบสนองการรักษาของ ผู้ป่วย) ๒) ด้านคุณภาพของผู้ให้การรักษา (การรักษาที่ไม่เหมาะสม) หรือมาตรฐานของ ระบบบริหารจัดการยา (คุณภาพยาและระบบบริหารจัดการยาไม่ดี) ๓) ด้านการรักษา วัณโรคที่ไม่เหมาะสม หรือไม่ได้มาตรฐานหลาย ๆ ครั้ง ทำให้เกิดการคัดเลือกสายพันธุ์ วัณโรคคือยาเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จนอาจถึงกับคือยาทุกขนานได้

กฎหมายที่สำคัญคือพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยมาตรา ๓๑ กำหนดให้บุคคลฯ ต้องแจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่ ในกรณีมีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดเกิดขึ้น และเพื่อ ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ มาตรา ๓๔ (๑) เจ้าพนักงานควบคุมโรค ติดต่อในพื้นที่มีอำนาจให้ผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายหรือโรค ระบาด หรือผู้ที่เป็นผู้สัมผัสโรค หรือเป็นพาหะ มารับการตรวจหรือรักษา หรือรับการ ชันสูตรทางการแพทย์ และเพื่อความปลอดภัย อาจดำเนินการโดยการแยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต ณ สถานที่ซึ่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด จนกว่าจะได้รับการตรวจ และการชันสูตรทางการแพทย์ว่า พันธุระยะติดต่อของโรคหรือสิ้นสุดเหตุอันควรสงสัยฯ โดยกำหนดโทษผู้ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งตามมาตรา ๓๑ ไว้ในมาตรา ๕๐ และกำหนดโทษผู้ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกัน มาตรา ๓๔ (๑) ไว้ในมาตรา ๕๑

เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย ๑๒ โรค ชื่อและอาการของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ๕๗ โรค ซึ่งวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ลำดับที่ ๔๘๕ ทั้งนี้ โดยพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๔ จะสามารถเพิ่มความครอบคลุมของการรายงานผู้ป่วยวัณโรคได้ แต่ยังไม่สามารถใช้มาตรการทางกฎหมายกับผู้ป่วยวัณโรค ที่ปฏิเสธหรือไม่ยอมรับการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วย XDR-TB ตลอดจนยังไม่สามารถดำเนินการตรวจคัดกรองผู้สัมผัสใกล้ชิดได้อย่างครบถ้วนและทันเวลา เนื่องจาก XDR-TB ยังไม่อยู่ในรายชื่อโรคติดต่ออันตรายในขณะที่ตรวจพบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็น XDR-TB ต่อเนื่อง แสดงถึงการแพร่กระจายของเชื้อ XDR-TB ในชุมชนเพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์และสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของ XDR-TB ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้ XDR-TB เป็นโรคติดต่ออันตรายผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และหน่วยงานภาคีเครือข่าย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑. สาระสำคัญ (ต่อ)

ทุกภาคส่วนจึงได้ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อให้หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป

เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์และสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อของ XDR-TB ใน ประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขจึงประกาศให้ XDR-TB เป็นโรคติดต่อ อันตรายน๗ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนจึงได้ร่วมกัน จัดทำแนวทางปฏิบัติป้องกันควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก ภายใต้ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ เพื่อให้หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานต่อไป

อำเภอน้ำยืน มีผู้ป่วยวัณโรคต่อเนื่องและพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่อัตราการรักษาสำเร็จต่ำกว่าเกณฑ์ อัตราตายสูง ผู้ป่วยขาดนัด หยุดยาเอง ปัญหาการสื่อสารระหว่างพื้นที่กับโรงพยาบาล ชุมชนไม่เห็นความสำคัญของโรค ปัญหาต่าง ๆ ส่งผลให้อัตราการรักษาสำเร็จไม่ได้ตามเกณฑ์ ดังนี้ ปี ๒๕๕๑ = ร้อยละ ๗๕.๐ ปี ๒๕๕๒ ร้อยละ ๕๐.๐ และปี ๒๕๕๓ ร้อยละ ๗๑.๒ จากสถานการณ์ดังกล่าว ได้มีกระบวนการดูแลและสามารถเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จได้แล้ว แต่ในปี ๒๕๖๒ และ ปี ๒๕๖๓ พบผู้ป่วย Pre-XDR-TB จึงต้องนำกระบวนการมาปรับใช้และตั้งเป้าหมายรักษาผู้ป่วยให้หาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่แพร่กระจายเชื้อในชุมชนต่อไป นิยามที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

๑. Rifampicin-resistant TB (RR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยา rifampicin ซึ่ง ตรวจพบโดยวิธี phenotypic หรือ genotypic และอาจดื้อยาวัณโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาจเป็น mono drug resistant TB, polydrug resistant TB, MDR-TB, pre-XDR-TB หรือ XDR-TB ก็ได้
๒. Multidrug-resistant TB (MDR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยาหลายขนานที่ดื้อยา H และ R พร้อมกัน และอาจจะดื้อต่อยาขนานอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้
๓. Pre-extensively drug-resistant TB (Pre-XDR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยา หลายขนานชนิดรุนแรง คือ MDR-TB ที่ดื้อยารักษาวัณโรคในกลุ่ม fluoroquinolones หรือ second-line injectables (Km, Am, Cm) อย่างใดอย่างหนึ่ง (ไม่รวม streptomycin; S เพราะเป็นยา first line drug)
๔. Extensively drug-resistant TB (XDR-TB) หมายถึง วัณโรคดื้อยาหลายขนาน ชนิดรุนแรงมาก คือ MDR-TB ที่ดื้อยาในกลุ่ม fluoroquinolones และ second-line injectable พร้อมกัน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ

คลินิกวัณโรค งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำยืน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด มีการพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคโดยเริ่มมีระบบที่ชัดเจนในปี ๒๕๕๔ โดยการพัฒนาแบบ ๓C model เพื่อเพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคให้ มากกว่า ๙๐% ผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ในทุกปี ตั้งแต่ ปี ๒๕๕๔ ถึง ปัจจุบัน และมี model ที่เป็นต้นแบบให้จังหวัดอุบลราชธานี และเขตสุขภาพที่ ๑๐ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ถึง ปัจจุบัน ในปี ๒๕๖๒ อำเภอน้ำยืน พบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง (PRE-XDR-TB) นับเป็นผู้ป่วยรายแรกของอำเภอน้ำยืน ผู้ศึกษาและทีมงานต้องวางแผน ศึกษาข้อมูล และจัดทีมพิเศษในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่แพร่กระจายเชื้อ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ) ให้ครอบครัวและชุมชน ผู้ศึกษา และทีมสหสาขาวิชาชีพ พร้อมผู้เชี่ยวชาญ จึงได้ดำเนินงานตามขั้นตอน และนำรูปแบบ ๓C model (ผกายดาว พรหมสุรีย์, ๒๕๖๓) มาปรับใช้กับผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑. ประเมินปัญหา/สภาพผู้ป่วย

ตารางที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรง กรณีศึกษา ๒ ราย

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ข้อมูลทั่วไป	-ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๐ ปี ค่าดัชนีมวลกาย ๒๐ อาชีพเกษตรกร	-ผู้ป่วยชายไทย อายุ ๖๕ ปี ค่าดัชนีมวลกาย ๑๔.๘๘ อาชีพ เกษตรกร
โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติดอื่นๆ	-ยา GPZ ๑x๒ MFM ๑x๓ และ Simvas ๑x๑ -ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่	-COPD ได้ยา Theophylline SR (๒๐๐ mg) ๑x๑ OD -ไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่วันละ ๑๐ มวนทุกวัน ตั้งแต่อายุ ๒๐ ปี
ประวัติการรักษาวัณโรคในอดีต	-ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคเยื่อหุ้มปอดได้รับการรักษาที่ รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ตลอด การรักษาใกล้จะครบ ๖ เดือน แพทย์พบว่าผู้ป่วยไม่ได้ขึ้นยั้งคงไอและเหนื่อย จึงได้ติดตามผลเพาะเชื้อเสมหะ พบว่า เป็น Pre-XDR-TB และเอกซเรย์ปอดพบว่าปอดผิดปกติมากกว่าเดิม	-ผู้ป่วยเคยรักษาวัณโรคในปอดแล้วเมื่อปี ๒๕๕๙ กินยาครบ รักษาหาย เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ผู้ป่วยใช้ ไอ น้ำหนักลด ๕ กก. ใน ๑ เดือน ส่งตรวจเสมหะ AFB x ๓ ครั้ง ผลเป็น บวก และเอกซเรย์ปอดผิดปกติ เข้าได้กับวัณโรค ส่ง sputum culture
วินิจฉัยโรค	Pre XDR-TB	Pre XDR-TB
อาการและอาการแสดง	ไอเรื้อรัง มีเสมหะสีขาว เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีไข้	ไอแห้งๆ มีไข้บางวัน เหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ปวดข้อ
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยอายุ ๖๐ ปี อาชีพ ทำนา มีรายได้จากเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เดือนละ ๖๐๐ บาท สถานภาพโสด อยู่กับแม่ น้องสาว น้องเขย หลาน ที่อยู่พื้นที่ รพ. สต.แซ่ด่อน / อบต.โตนประดิษฐ์ รักษา TB Pleura ที่ สปส. เริ่มยา วันที่ ๑๘/๐๓/๖๒ ไปรับยาที่ สปส.ตลอด รพ. น้ำยีนได้รับแจ้งจาก สปส.ว่าผล Culture ของผู้ป่วยเป็น Pre XDR TB ดูแลผู้ป่วยตาม พรบ.โรคติดต่อ และระบบที่วางไว้ ผู้ป่วยได้เริ่มยา Pre XDR TB วันที่ ๓๑/๑๐/๖๒	ผู้ป่วยอายุ ๖๑ ปี อาชีพ ทำนา มีรายได้จากเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ เดือนละ ๖๐๐ บาท สถานภาพสมรส อยู่กับภรรยา และบุตรสาว ที่อยู่พื้นที่ รพ.สต.บุเปือย / อบต.บุเปือย รักษา TB หายเมื่อ ปี ๒๕๕๙ เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ มาคลินิกวัณโรคด้วย ไอ ไข้ เหนื่อย น้ำหนักลด ๕ กก. ใน ๑ เดือน ตรวจ AFB x ๓ ครั้ง ผลบวก เอกซเรย์ปอดผิดปกติ ส่งเสมหะเพาะเชื้อ ผลเป็น Pre XDR TB ผู้ป่วยได้เริ่มยา Pre XDR TB ปัจจุบันกินยาได้ ๒๐ เดือน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)		
๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)		
ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายชื่อที่ ๑	กรณีศึกษารายชื่อที่ ๒
	ปัจจุบันกินยาครบ ๑๘ เดือน ผล AFB sputum เป็นลบทุกเดือน Sputum C/S No growth CXR improve	ผล AFB sputum เป็นลบทุกเดือน Sputum C/S No growth CXR improve
การดำเนินการ ขอยาสูตร PRE-XDR-TB	ส่งรายงานสสจ. สคร.๑๐ ผู้ว่าราชการ จังหวัด รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ อนุญาต ให้ รพ.ดูแลผู้ป่วยได้ ขออนุมัติยาตาม ขั้นตอน และมอบหมายผู้เชี่ยวชาญดูแล ได้รับยาภายใน ๒ สัปดาห์	ส่งรายงานสสจ. สคร.๑๐ ผู้ว่าราชการ จังหวัด รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ อนุญาต ให้ รพ.ดูแลผู้ป่วยได้ ขออนุมัติยาตาม ขั้นตอน และมอบหมายผู้เชี่ยวชาญดูแล ได้รับยาภายใน ๒ สัปดาห์
การรักษาที่ ได้รับ	๑. Capreomycin ๗๕๐ mg. IM จ.-ศ. : Plan ให้ ๕ เดือน ๒ สัปดาห์ ๒. Bedaquiline ๑๐๐ mg. ๒ tabs oral จ.พ.ศ. : ๖ เดือน ๓. Clofazimine ๑๐๐ mg. ๑๐๐ mg. ๑ tab oral OD pc : ๑๘ เดือน ๔. Moxifloxacin ๔๐๐ mg. ๔๐๐ mg. ๑ tab oral OD pc : ๑๘ เดือน ๕. Vit B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc งดยาเดิมทุกตัว	๑. Capreomycin ๕๐๐ mg. IM จ.-ศ. : Plan ให้ ๕ เดือน ๒ สัปดาห์ ๒. Bedaquiline ๑๐๐ mg. ๒ tabs oral จ.พ.ศ. : ๖ เดือน ๓. Clofazimine ๑๐๐ mg. ๑๐๐ mg. ๑ tab oral OD pc : ๒๐ เดือน ๔. Moxifloxacin ๔๐๐ mg. ๔๐๐ mg. ๑ tab oral OD pc : ๒๐ เดือน ๕. Vit B๑-๖-๑๒ ๑ x ๓ oral pc
พระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘	-ดำเนินการตาม พรบ.โรคติดต่อ -มีการกักตัวผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ และมีการ ส่งข้อมูลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจเสมหะ การ ตรวจคลื่นหัวใจ และอาการของผู้ป่วย ทาง Line group ให้ผู้ป่วยนอน รพ. ๓๐ วัน ในห้องแยก หลังจากจำหน่ายการ นำส่งยาให้พื้นที่ ในการกำกับ การรับประทานยาให้ผู้ป่วย และมีแนว ทางการ ส่งต่อเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉิน ขณะรับการรักษา	-ดำเนินการตาม พรบ.โรคติดต่อ -มีการกักตัวผู้ป่วยให้อยู่ในพื้นที่ และมีการ ส่งข้อมูลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การส่งตรวจ เสมหะ การตรวจคลื่นหัวใจ และ อาการของผู้ป่วยทาง Line group ให้ผู้ป่วยนอน รพ. ๔๕ วัน ในห้องแยก มี การขนส่งยาให้พื้นที่ ในการกำกับ การรับประทานยาให้ผู้ป่วย และมีแนวทางการ ส่งต่อเมื่อผู้ป่วย เกิดภาวะฉุกเฉินขณะรับ การรักษา
การคัดกรองผู้ สัมผัส ร่วมบ้าน หรือผู้ ใกล้ชิด และการ	-มีการคัดกรองมารดา น้องสาว น้องเขย และหลานสาว รวม ๔ คน โดยการตรวจ เสมหะผลการตรวจปกติ เอกซเรย์ปอด ทุก ๖ เดือน ผลการตรวจปกติ	-มีการคัดกรองภรรยา และบุตรสาว รวม ๒ คน โดยการตรวจเสมหะผลการตรวจ ปกติ และการตรวจเอกซเรย์ปอดทุก ๖ เดือน ผลการตรวจปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๑. ประเมินปัญหา / สภาพผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ ๑ แสดงการเปรียบเทียบผู้ป่วยวัณโรคต่อยาหลายขนานชนิดรุนแรง กรณีศึกษา ๒ ราย (ต่อ)

ข้อมูลเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
ป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อ	-ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เช่น การใส่หน้ากากอนามัย การแยกตัวและกักตัวในพื้นที่ และการกำจัดเสมหะ	-ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ไม่ชอบใส่หน้ากากอนามัย
การทำ DOT	-กำหนดแนวทางการทำ DOT โดยความร่วมมือของ รพ.สต.แซ่ต่อน และโรงพยาบาลน้ำเย็น จัดระบบการให้บริการฉีดยา และ จัดยารับประทานแบบ Daily Drug package ลงบันทึกในสมุดติดตามการรักษาผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยา ไม่ขาดยา	-กำหนดแนวทางการทำ DOT โดยความร่วมมือของ รพ.สต.บุเปือย และโรงพยาบาลน้ำเย็น จัดระบบ การให้บริการฉีดยา และจัดยา รับประทานแบบ Daily Drug package ลงบันทึกในสมุดติดตามการรักษาผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยา ไม่ขาดยา
การติดตามเยี่ยมบ้าน	จัดแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม รพ.สต.แซ่ต่อน อสม. โรงพยาบาลน้ำเย็น สสอ.น้ำเย็น รพศ.สปล. และสสจ.อุบลฯ ก่อนการรักษา และระหว่างการรักษา ทุก ๓ เดือน ระยะต่อเนื่อง รพ.สต.จะเยี่ยมเอง และบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน ส่งภาพเข้ากลุ่ม Line เพื่อให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบอาการของผู้ป่วยด้วย	จัดแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม รพ.สต.บุเปือย อสม. โรงพยาบาลน้ำเย็น สสอ.น้ำเย็น รพศ.สปล. และสสจ.อุบลฯ ก่อนการรักษา และระหว่างการรักษา ทุก ๓ เดือน ระยะต่อเนื่อง รพ.สต.จะเยี่ยมเอง และบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน ส่งภาพเข้ากลุ่ม Line เพื่อให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบอาการของผู้ป่วยด้วย
ผลข้างเคียงของยาสูตร Pre XDR TB	ขณะรับการรักษามีการทำงานของตับผิดปกติ LFT สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ๕ เท่า แพทย์ให้ admitted U/S Liver ผลปกติ ตรวจไวรัสตับอักเสบบีปกติ สังเกตอาการ ผู้ป่วยพบปัญหานี้ระหว่างการรักษา ๒ ครั้ง แต่สามารถแก้ไขได้ทุกครั้ง ไม่ต้องส่งต่อผู้ป่วย มีนชาตามปลายนิ้วมือเล็กน้อย	ขณะรับการรักษามีอาการเหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อย และปวดข้อ ผล Lab มีค่า Uric Acid สูงเล็กน้อย ผู้เชี่ยวชาญแจ้งไม่ต้องให้ยาใด ๆ มีนชาตามปลายนิ้วมือเล็กน้อย
ระยะเวลาการรักษาที่ได้รับ	๑๘ เดือน	๒๐ เดือน
ผลการรักษา	รักษาหาย (Cured)	รักษาหาย (Cured)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๑. ประเมินปัญหา/สภาพผู้ป่วย (ต่อ)

จากกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้นำกรอบแนวคิด ๗ ASPECTS มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ แสดงกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยตาม ๗ ASPECTS

๗ ASPECTS	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
Assessment	ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ เหนื่อยหอบเป็นบางครั้ง	ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ เหนื่อยหอบบ่อย เนื่องจากมีโรคประจำตัว เป็น COPD
Symptom distress management	ผู้ป่วยไม่สุขสบายในช่วงแรกจากภาวะไข้ นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเรื่องโรค	ผู้ป่วยไม่สุขสบายในช่วงแรกจากภาวะไข้ นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเรื่องโรค
Patient Safety	ความปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยา	ความปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยา
Prevention of complication	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น DM ต้องเฝ้า ระวังความเสี่ยงเกี่ยวกับระดับน้ำตาลใน เลือดต่ำ หรือสูงกว่าปกติ	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น COPD ต้องเฝ้า ระวังความเสี่ยงเกี่ยวกับ exacerbation
Continuing of care	จัดทำแผนการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชน ประสานงานการดูแลผู้ป่วยที่ชุมชนกับ อสม. รพ.สต. ผู้นำชุมชน	จัดทำแผนการส่งต่อผู้ป่วยสู่ชุมชน ประสานงานการดูแลผู้ป่วยที่ชุมชนกับ อสม. รพ.สต. ผู้นำชุมชน
Empowerment	ผู้ป่วยต้องได้รับการเสริมพลังอำนาจใน ตนเองจากครอบครัว	ผู้ป่วยต้องได้รับการเสริมพลังอำนาจใน ตนเองจากครอบครัว
Satisfaction	การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและ ครอบครัวจะถูกสร้างตั้งแต่ครั้งแรกที่พบ กัน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและ ครอบครัวอย่างจริงใจ ให้ผู้ป่วยเชื่อมั่น มี ทีมการรักษาที่มากด้วยประสบการณ์ และองค์ความรู้ สร้างช่องทางการติดต่อ ให้กับผู้ป่วย สามารถติดต่อได้เสมอ พยาบาลจะทำหน้าที่ประสานงาน และ สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ให้ ผู้ป่วยประทับใจ	การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและ ครอบครัวจะถูกสร้างตั้งแต่ครั้งแรกที่พบ กัน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว อย่างจริงใจ ให้ผู้ป่วยเชื่อมั่น มีทีมการ รักษาที่มากด้วยประสบการณ์และองค์ ความรู้ สร้างช่องทางการติดต่อให้กับ ผู้ป่วย สามารถติดต่อได้เสมอ พยาบาลจะ ทำหน้าที่ประสานงาน และสื่อสารกับ ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ ให้ผู้ป่วยประทับใจ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๕.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๒ การวินิจฉัยทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๓ การวางแผนทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๔ การปฏิบัติทางการแพทย์

การดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย (นอนรักษาที่โรงพยาบาล)

ชื่อวินิจฉัยทางการแพทย์

ข้อที่ ๑. ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่ต้องยากลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug

เป้าหมาย: ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อ Mycobacterium tuberculosis ที่ต้องยา กลุ่ม Fluoroquinolone และยาฉีดกลุ่ม Second-line drug

การปฏิบัติทางการแพทย์

๑. ประเมินการหายใจ อัตราการหายใจมากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์

๒. วัดอุณหภูมิ ถ้ามีไข้สูงมากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ให้การพยาบาลลดไข้/เช็ดตัว

๓. ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ถ้าน้อยกว่า ๙๕% รายงานแพทย์

๔. ดูแลการจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง ประมาณ ๔๕ องศา ดูแลให้ออกซิเจนและพ่นยา

ข้อที่ ๒. ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

เป้าหมาย: ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

การปฏิบัติทางการแพทย์

๑. สอดถามและประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การป้องกัน การปฏิบัติตัว และการใช้อุปกรณ์ป้องกันเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

๒. อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การป้องกัน การปฏิบัติตัว และการสวมใส่อุปกรณ์ ป้องกัน เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การกำจัดเสมหะ การทิ้งขยะ การจัดสิ่งแวดล้อม ภายในและภายนอกบ้าน การแยกผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค การกักตัว

๓. การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านทุก ๖ เดือน โดยการเอกซเรย์ปอด ที่โรงพยาบาลน้ำยีน

๔. เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การทำ DOT การจัด สถานที่ ให้บริการฉีดยาผู้ป่วย การติดตามการรักษาของผู้ป่วยทุก ๑ เดือน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๒ การวินิจฉัยทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๓ การวางแผนทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๔ การปฏิบัติทางการแพทย์

ข้อที่๓. บุคคลใกล้ชิดมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคต่อญาติหลายคนชนิดรุนแรง

เป้าหมาย: บุคคลใกล้ชิดได้รับการคัดกรองค้นหาวัณโรคตามแนวทางครบทุกคน

การปฏิบัติการพยาบาล

๑. ให้ความรู้เรื่องโรควัณโรค และการแยกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้กับครอบครัวของผู้ป่วย

๒. ชี้แจงขั้นตอน วิธีการคัดกรองตามแนวทางการดูแลผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

๓. คัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการตรวจเสมหะ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก ครบทุกคน

๔. ประสานแพทย์ประจำคลินิกวัณโรคตรวจอาการ อธิบายผลการตรวจ

๕. นัดหมายผู้สัมผัสร่วมบ้านคัดกรองวัณโรคอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง หรือ ทุกครั้งที่มีการใช้ ไอ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด และอาการอื่น ๆ ที่เข้าได้กับวัณโรค

ข้อที่๔. มีภาวะพร่องโภชนาการ

เป้าหมาย: ผู้ป่วยกินได้ น้ำหนักเพิ่ม ไม่มีอาการอ่อนเพลีย

การปฏิบัติการพยาบาล

๑. ให้ความรู้และความเข้าใจในเรื่องอาหารมีความจำเป็นต่อร่างกายและช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อโรควัณโรคได้ แนะนำอาหารที่หาได้ง่าย เช่น ไข่ ปลา นมถั่วเหลือง เป็นต้น สามารถกินทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เพราะบางมื้อผู้ป่วยอาจคลื่นไส้อาเจียน

๒. ส่งเสริมให้ญาติประกอบอาหารหลากหลาย เน้นโปรตีนโดยประสานนักโภชนาการสอนญาติในการทำอาหาร เฉพาะโรคให้ผู้ป่วย อาหารมีหลัก อาหารว่าง เป็นต้น

ระยะที่ ๒ ระยะเวลาการแยกผู้ป่วยเพื่อดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด (ระยะเข้มข้น)

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ข้อที่๑. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาสูตร Pre-XDR-TB

เป้าหมาย: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการใช้ยา และทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Pre-XDR-TB

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๒ การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๓ การวางแผนทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๔ การปฏิบัติทางการพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล

๑. อธิบายชื่อลักษณะขนาดและจำนวนยาแต่ละชนิด

๒. บอกเหตุผลที่ต้องรับประทานยา และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

๓. อธิบายอาการและอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ดับอึกเสบ อาการชาปลายประสาท ผื่น คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ทู้อู้อ ตามองเห็นภาพไม่ชัด

๔. แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาและควรรีบไปพบแพทย์ทันที หากมีอาการเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ชักกระตุก หายใจเหนื่อยหอบ อาการซึมเศร้า

๕. ประสานเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ประเมินอาการผลข้างเคียงของการใช้ยาสูตร Pre-XDR-TB

๖. มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีภาวะฉุกเฉิน

ข้อที่๒. มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง

เป้าหมาย: ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

การปฏิบัติการพยาบาล

๑. อธิบายเรื่องโรคที่เจ็บป่วยเป็น โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง และบทบาท หน้าที่ของผู้ป่วยที่ต้องปฏิบัติตน

๒. การจำกัดพื้นที่ ระยะเวลาของการกักตัวผู้ป่วย

๓. ประชุมและประสานผู้นำในชุมชน เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เพื่อร่วมกันควบคุมกำกับ ติดตามผู้ป่วยที่อาศัยในชุมชน

๔. จัดอบรมให้ประชาชนในพื้นที่เข้าใจ เรื่องโรคการรักษาการแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวังโรค

ข้อที่๓. ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องการรักษา การปฏิบัติตัว

เป้าหมาย: ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลยินดีรักษา ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

การปฏิบัติการพยาบาล

๑. ชี้แจง ให้กำลังใจผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยที่คลินิกวัณโรค

๒. เยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยที่ห้องแยกโรค

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๒ การวินิจฉัยทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๓ การวางแผนทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๔ การปฏิบัติทางการพยาบาล

๓. ประเมิน ๒Q หากพบ ๒Q positive ประสานพยาบาลจิตเวชให้คำปรึกษา และช่วยเหลือผู้ป่วย

๔. พุดคุยกับญาติที่สามารถเป็น care giver ที่ดีให้กับผู้ป่วย พร้อมวางแผนการดูแลร่วมกับ รพ.สต.

ระยะที่ ๓ ระยะรักษาต่อเนื่องที่บ้าน (ระยะต่อเนื่อง)

ข้อที่ ๑. เสี่ยงต่อการขาดยา เนื่องจากปริมาณยาจำนวนมาก ผลข้างเคียงหลายอย่าง

เป้าหมาย: ผู้ป่วยกินยาครบ ไม่ขาดยา

การปฏิบัติการพยาบาล

๑. ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๒. ประสานงานการดูแลผู้ป่วยกับ รพ.สต. ในการ DOT ยาวัณโรคและยาประจำตัว การประเมิน V/S การประเมินน้ำหนัก ภาวะโภชนาการ และอื่น ๆ

๓. กำหนดช่องทางสื่อสาร การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

๔. ประสาน care giver ในครอบครัว และชุมชน ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน ให้ดูแลผู้ป่วย อย่างเป็นระบบและมีแบบแผนตามที่คลินิกวัณโรคได้ประสานไว้

๕. กำหนดช่องทาง fast track สำหรับผู้ป่วย กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไข้ อ่อนเพลีย กินอาหารได้น้อย ตา ตัวเหลือง ท้องอืด ตาพร่ามัว เป็นต้น สามารถมารับการรักษาโดยใช้ช่องทางด่วน และรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลและรายงานพยาบาลคลินิกวัณโรค เพื่อปรึกษาแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญในกลุ่ม Pre-XDR-TB ต่อไป

๓. ระยะรักษาต่อเนื่องที่บ้าน (ระยะต่อเนื่อง)

ข้อที่ ๒. เสี่ยงต่อการขาดนัด

เป้าหมาย: ผู้ป่วยมาตามนัดหมายครบทุกครั้ง

การปฏิบัติการพยาบาล

๑. ชี้แจงวันนัดหมายให้กับผู้ป่วยและญาติโดยมีบัตรนัด ระบุรายละเอียดชัดเจน

๒. ก่อนถึงวันนัดหมายมีระบบ Alert Appointment System โดยประสาน รพ.สต. ก่อนถึงวันนัดล่วงหน้า ๑ วัน เพื่อให้ รพ.สต. แจ้งผู้ป่วยเตรียมพร้อมมาตามนัดหมาย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินการ (ต่อ)

ขั้นตอนที่ ๒ การวินิจฉัยทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๓ การวางแผนทางการแพทย์

ขั้นตอนที่ ๔ การปฏิบัติทางการแพทย์

๓. กรณีผู้ป่วยไม่มียานพาหนะมาโรงพยาบาล ปรึกษาแพทย์หากไม่มีกิจกรรมจำเป็นที่ต้องพบแพทย์สามารถ consult ทาง Tele medicine ได้ แต่หากจำเป็นประสานผู้นำชุมชน และ รพ.สต.ขอความอนุเคราะห์ ยานพาหนะจาก อบต.นำส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลได้

๔. กำหนดวันนัดหมายเฉพาะให้กับผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลารอคอย และไม่ปะปนกับผู้ป่วยวัณโรคแบบทั่วไป ผู้ป่วยพึงพอใจ ไม่ต้องรอนาน สร้างความพอใจในการมาตามนัดครั้งต่อ ๆ ไป

ระยะที่ ๔ ระยะฟื้นฟู (หลังจากกินยาครบ)

ข้อที่ ๑. มีโอกาสกลับเป็นวัณโรคซ้ำ

เป้าหมาย: ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรองประจำปี หรือตรวจหาวัณโรคซ้ำทันทีเมื่อมีอาการ

การปฏิบัติทางการแพทย์

๑. นัดหมายผู้ป่วยตรวจคัดกรองวัณโรคโดยการตรวจเสมหะ และการถ่ายภาพรังสีทรวงอกประจำปี
๒. ให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล
๓. ให้ความรู้ในการป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำ
๔. แนะนำให้รักษาโรคประจำตัว (DM และ COPD) อย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการแทรกซ้อนของโรคด้วยโอกาสต่าง ๆ พร้อมทั้งควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการใช้ยาตามแผนการรักษา

ข้อที่ ๒. ผู้ป่วยกังวลกลัวจะทำงานไม่ได้เหมือนเดิม

เป้าหมาย: ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล กำลังใจดี

การปฏิบัติทางการแพทย์

๑. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตนหลังหายจากการป่วยเป็นวัณโรคคืออย่าหลายขนานชนิดรุนแรง
๒. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว เสริมพลังอำนาจในการทำงาน การเห็นคุณค่าของตนเอง
๓. ประสาน รพ.สต. อสม. และผู้นำชุมชน ให้เชิญผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เพื่อลดความวิตกกังวล และเห็นคุณค่าของตนเอง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ:

๑. อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยทั้ง ๒ กรณี เท่ากับ ๑๐๐%
๒. อัตราการขาดนัด เท่ากับ ๐
๓. อัตราการขาดยา เท่ากับ ๐
๔. อัตราการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน เท่ากับ ๑๐๐%

เชิงคุณภาพ:

๑. ผู้ป่วยทั้ง ๒ กรณี สามารถทำงาน ดูแลครอบครัวได้ตามปกติ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การนำไปใช้ประโยชน์

จากรายงานกรณีศึกษา เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมองหลายขนานชนิดรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย” สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ดังนี้

๖.๑. สามารถนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมองหลายขนานชนิดรุนแรงไปขยายผล และปรับใช้กับพื้นที่อื่นได้

๖.๒. ได้เครือข่ายการดำเนินงานกับชุมชนในเรื่องวัณโรคได้มากยิ่งขึ้น

๖.๓. บุคลากรทางการแพทย์มีองค์ความรู้เรื่องวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมองหลายขนานชนิดรุนแรง

๖.๔. มีผู้เชี่ยวชาญวัณโรคระดับประเทศเป็นที่ปรึกษาทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน

ผลกระทบ

การพบผู้ป่วยวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมองหลายขนานชนิดรุนแรงในอำเภอนี้ขึ้นทำให้ต้องเพิ่มการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อที่มากขึ้น เพราะโอกาสที่จะพบผู้ป่วยอีกสามารถเกิดขึ้นได้ หากมีผู้ป่วยแบบนี้จำนวนมากจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต งบประมาณทั้งของประเทศชาติ และประชาชน

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยเป็น ๒ รายแรกของอำเภอนี้จึงทำให้ความร่วมมือในด้านต่าง ๆ ตอนแรกไม่ราบรื่น ต้องมีการเตรียมการหลายอย่าง พยาบาลประจำคลินิกวัณโรค มีการใช้แนวทางการบริหาร ๔M (Man Money Material Management) มาปรับใช้เพื่อเตรียมการดำเนินการในการดูแลผู้ป่วยให้สำเร็จ การดูแลผู้ป่วยใช้เวลานาน ๑๘ และ ๒๐ เดือน ต้องบริหารจัดการตลอดเวลาในการดูแลผู้ป่วย การทำงานร่วมกับชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ การประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาตรฐานและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดหลัก ๓P safety (Patient Personnel People) ความแตกต่างของผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ถึงแม้จะวินิจฉัยโรคเดียวกัน แต่มีความต่างหลายปัจจัย ทำให้ต้องใช้กลยุทธ์ที่แตกต่างกันในบางกิจกรรมของพยาบาล

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากอำเภอนี้ยังไม่เคยพบผู้ป่วยวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมองหลายขนานชนิดรุนแรงมาก่อน จึงทำให้พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ดังนี้

๘.๑. ผู้ป่วยและครอบครัว

๑) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลมากในช่วงแรกของการรักษาหลังจากที่ทราบว่าเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ การแก้ไข ให้ความรู้ ให้ความเข้าใจผู้ป่วย เสริมพลังบ่อย ๆ พยาบาลเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วย พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ

๒) ในช่วง ๒ เดือนแรก ผู้ป่วยต้องรับการฉีดยา กินยา ที่มีปริมาณมาก ทำให้เกิดผลข้างเคียงมาก ผู้ป่วยเหนื่อย ท้อ การแก้ไข พยาบาลเป็นผู้นำทีมในการดูแลใกล้ชิด ให้ข้อมูล ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญตลอด แจงผู้ป่วยให้ทราบเพื่อให้เกิดความเชื่อใจ มั่นใจ ในการรักษา

๘.๒. ทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากทีมเพิ่งพบผู้ป่วยครั้งแรก พยาบาลเป็นผู้นำทีมอบรมความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อเยื่อหุ้มสมองหลายขนานชนิดรุนแรง ให้กับบุคลากร สร้างช่องทางปรึกษาผู้เชี่ยวชาญให้กับบุคลากร

๘.๓. ชุมชน ชุมชนกังวลกลัวผู้ป่วยจะแพร่เชื้อ ช่วงแรก ๆ มีการตีตราผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้นำทีมประสานผู้เชี่ยวชาญให้ความรู้ สร้างความเชื่อมั่นให้ชุมชน ขอความร่วมมือผู้นำชุมชนให้มาร่วมเป็นทีมดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อเสริมพลังชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการทำคู่มือ แนวทาง แนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง และเผยแพร่ เพื่อให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

๒. การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ อสม. ภาครัฐหรือข่ายในชุมชนทุกหน่วยงานเพื่อเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย

๓. ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงสามารถให้การดูแลที่ รพ.ชุมชน ได้ โดยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญระดับประเทศ สามารถ consult ผ่าน Teleconference ซึ่งเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ไม่ต้องเดินทางไปที่ รพ.ประจำจังหวัด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๔ เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖ หน้า ๒๐๐-๒๐๗ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย (Nursing care of Pre-extensively drug-resistant TB (Pre-XDR-TB): Two comparative case studies)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)


นางผกายดาว พรหมสุรีย์ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางผกายดาว พรหมสุรีย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางผกายดาว พรหมสุรีย์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางละอองศรี มั่งมี)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

(ลงชื่อ).....


(นายชัยวัฒน์ ดาราสิทธิพันธ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนัยีน
วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนเพื่อลดระยะเวลารอคอยในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๒. หลักการและเหตุผล

ระบบการให้บริการการรักษาตามโรงพยาบาลรัฐบาลในประเทศไทย มักประสบปัญหาต่างๆที่ผู้รับบริการไม่ค่อยพึงพอใจในการรักษาพยาบาล และการให้บริการของเจ้าหน้าที่เนื่องจากมีผู้มาใช้บริการเป็นจำนวนมากความสามารถในการรองรับให้บริการในโรงพยาบาลของภาครัฐนั้นถูกจำกัดในหลาย ๆ ด้าน เมื่อมีจำนวนคนที่ต้องการรักษามากจึงทำให้ระยะเวลาในการรอคิวของผู้มาใช้บริการนานขึ้นและอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ ปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการให้บริการในโรงพยาบาลนั้นก็คือการขาดความเข้าใจถึงระบบงานทำให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการสูญเปล่าซึ่งมีผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ลำช้า ทำงานไม่ทัน งานค้าง งานไม่เดิน การตรวจสอบ การขนย้าย การรอ เป็นกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดคุณค่า ทั้งทางโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่ และผู้มารับบริการ ทำให้เกิดการรอคอยนานเกินความจำเป็นและไม่มีการไหลของงาน ปัญหาที่พบ คือผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลน้ำยีน จังหวัดอุบลราชธานี ต้องรอหลายชั่วโมง ก่อนจะได้พบแพทย์ รอทำบัตรรอตรวจสอบสิทธิ รอซักประวัติ รอเจาะเลือด รอ X-ray รอผลตรวจต่าง ๆ รอพบแพทย์ เมื่อได้ผลและได้พบแพทย์พบว่าพบแพทย์เพียงไม่กี่นาทีหลังจากนั้นก็รอ รอรับยา หรือชำระค่าใช้จ่าย และสิ้นสุดกระบวนการ คือกลับบ้าน งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำยีน มีตัวชี้วัดเกี่ยวกับระยะเวลารอคอยตามมาตรฐาน ต้อง <๙๐ นาที นับจากลงทะเบียนจนถึงรับยากลับบ้าน จากสถิติย้อนหลัง ๕ ปี พบว่า ระยะเวลารอคอยเกินกว่ามาตรฐานที่กำหนด ดังนี้ ปี ๒๕๖๒ = ๑๐๒ นาที ปี ๒๕๖๓ = ๑๐๓ นาที ปี ๒๕๖๔ = ๑๐๐ นาที ปี ๒๕๖๕ = ๙๙ นาที และปี ๒๕๖๖ = ๑๐๑ นาที จากระยะเวลารอคอยที่นานส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ผู้ศึกษาจึงต้องการพัฒนาระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนเพื่อลดระยะเวลารอคอยในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑. บทวิเคราะห์: การดำเนินงานของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำยีน จะเริ่มจากการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อแยกระดับความรุนแรง หลังจากนั้นเข้าสู่การขึ้นทะเบียนตรวจและรับคิวตรวจ แบ่งตามประเภท ได้แก่ ตรวจโรคทั่วไป ตรวจตามนัด ตรวจเพื่อรับใบรับรองแพทย์ เป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับบริการ assign ตามคิวเพื่อเข้าพบแพทย์ กรณีที่มีการส่งตรวจพิเศษ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจรังสีวิทยา ผู้ป่วยจะต้องรอผลจากหน่วยตรวจพิเศษต่าง ๆ ถึงจะสามารถพบแพทย์ได้ จากสถิติการรอคอยของผู้ป่วยที่มากกว่าเกณฑ์ตลอด ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๒ = ๑๐๒ นาที ปี ๒๕๖๓ = ๑๐๓ นาที ปี ๒๕๖๔ = ๑๐๐ นาที ปี ๒๕๖๕ = ๙๙ นาที และปี ๒๕๖๖ = ๑๐๑ นาที) ทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ พบการร้องเรียนผ่านการประชุมผู้นำชุมชน ร้องเรียนผ่านสื่อออนไลน์ เป็นต้น กระบวนการต่าง ๆ ใช้เวลานานกว่าจะได้พบแพทย์ เมื่อพบแพทย์ผู้ป่วยแทบไม่ได้พูดคุยสอบถาม จากการวิเคราะห์รายละเอียดช่วงเวลารอคอยพบว่า มี ๒ ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ ๑ คือ รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่วงที่ ๒ คือ รอพบแพทย์ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนเพื่อลดระยะเวลารอคอย โดยวางแผนนำเสนอแนวคิดกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๓.๒. แนวความคิด:

๓.๒.๑. แนวคิดระบบลีน (Concept of Lean) (พาณีสิตกะลิน, ๒๕๖๕)

แนวคิดระบบลีน คือ วิธีการที่มีระบบแบบแผนในกระบวนการระบุและกำจัดความสูญเสียดังกล่าวที่ไม่เพิ่มคุณค่า/มูลค่าในกระบวนการโดยใช้การดำเนินการตามจังหวะความต้องการของลูกค้าด้วยระบบดึง (pull) ทำให้เกิดสภาพการไหลของงานอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอุปสรรค และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าให้ระบบอยู่เสมอประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ ๑ ระบบสร้างคุณค่าของผลิตภัณฑ์/บริการ ในมุมมองของลูกค้าภายในและลูกค้าภายนอก โดยผู้บริหารทุกระดับจะต้องให้ผู้ร่วมงานมีส่วนร่วมในการสร้างคุณค่า การให้บริการในมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน นั่นคือลูกค้าภายในและภายนอก

ขั้นตอนที่ ๒ การสร้างกระแสคุณค่าในทุกๆ ขั้นตอนของการดำเนินงานตั้งแต่จุดเริ่มต้น คือ การวางแผนจนถึงจุดสิ้นสุดของการดำเนินการในกระบวนการและพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียว่า กิจกรรมใดที่ไม่เพิ่มคุณค่าและเป็นความสูญเสีย เพื่อลดกิจกรรมดังกล่าวในกระบวนการและให้เกิดความตระหนักในความสูญเสีย และหาวิธีการลดความสูญเสียที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ ๓ พิจารณาทำให้กิจกรรมในกระบวนการดำเนินงานมีคุณค่าเกิดการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง (flow) โดยไม่มีปัญหาอุปสรรคหรือข้อขัดข้องต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสียในกระบวนการ สามารถดำเนินงานได้อย่างไหลลื่น

ขั้นตอนที่ ๔ ใช้ระบบดึง (pull) ผู้บริหารให้ความสำคัญเฉพาะสิ่งที่ลูกค้าต้องการเท่านั้น ไม่ว่าจะเป็ลูกค้าภายในหรือลูกค้าภายนอกก็ตาม โดยต้องใช้เครื่องมือวิเคราะห์ว่าจะดึงสิ่งที่ลูกค้าต้องการ โดยให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกและสำคัญที่สุดเท่านั้น

ขั้นตอนที่ ๕ สร้างคุณค่าและกำจัดความสูญเปล่าที่อาจซ่อนเร้นอยู่ในส่วนเกินต่างๆ โดยกำจัดความสูญเปล่าและสร้างคุณค่าอย่างต่อเนื่อง

จากขั้นตอนทั้ง ๕ ประการดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการสร้างคุณค่าโดยใช้แนวคิดพื้นฐานโดยใช้วงจรคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Action)

๓.๒.๒. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ทั้งหมด ๙ มาตรฐาน

มาตรฐานที่ ๑ การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

๑.๑ การตรวจคัดกรอง

๑.๒ การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้ใช้บริการต่อเนื่อง

๑.๓ การปฏิบัติการพยาบาล

๑.๔ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

มาตรฐานที่ ๒ การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ ๓ การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ ๔ การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ ๕ การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ ๖ การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ ๗ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ ๘ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ ๙ การบันทึกทางการพยาบาล

๓.๓. ข้อเสนอ: เพื่อแก้ไขปัญหาการรอคอยของผู้ป่วยที่นาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ หรืออาจมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจได้ จึงเสนอแนวคิดการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๓.๔. ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น: การเปลี่ยนแปลงระบบในช่วงแรกอาจพบปัญหาอุปสรรค ความไม่เคยชินของผู้ปฏิบัติงาน ต้องมีการประชุมสรุปงานทุกสัปดาห์ไปก่อน แล้วรวบรวมปัญหา ช่วยกันชี้แนะในภาพของทีมงาน

๓.๕. แนวทางแก้ไข

๓.๕.๑. ลดขั้นตอนบริการให้สั้น กระชับ มีประสิทธิภาพ

๓.๕.๒. นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาปรับใช้

๓.๕.๓. จัดตั้งคณะกรรมการที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพเพื่อติดตามระบบการดำเนินงาน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยลดลง

๔.๒. อัตราความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

๔.๓. ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการรอนาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑. ระยะเวลาการรอคอย <๙๐ นาที

๕.๒. อัตราความพึงพอใจ >๘๐

๕.๓. ข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระยะเวลาการรอนาน เท่ากับ ๐

ลงชื่อ.....

(นางผกาตาว พรหมสุรีย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางเร่งด่วน (เปรียบเทียบ ๒ ราย)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ - กรกฎาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑. ความรู้

๓.๑.๑ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ กล่าวถึงโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ เป็นอวัยวะที่มีหน้าที่สำคัญ คือ การสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย หัวใจทำให้โลหิตไหลเวียนนำออกซิเจนจากอากาศจากปอดไปเลี้ยงเซลล์ทุกชนิดทางหลอดเลือดแดง และนำคาร์บอนไดออกไซด์จากเซลล์ของร่างกายกลับมาทางหลอดเลือดดำเพื่อปล่อยออกไปกับลมหายใจออก ทั้งนี้หัวใจจะทำหน้าที่ร่วมกับปอดเสมอ หัวใจเป็นอวัยวะที่อยู่ในทรวงอกด้านซ้ายตั้งอยู่ระหว่างปอดซ้ายและปอดขวาค่อนมาทางด้านซ้าย ขอบขวาของหัวใจอยู่ด้านหลังของกระดูกหน้าอก (Sternum) และขอบซ้ายสุดของหัวใจอยู่ตรงกับแนวกึ่งกลางของกระดูกไหปลาร้าข้างซ้ายติดกับแนวซี่โครงช่องที่ ๕ มีส่วนประกอบส่วนใหญ่เป็นกล้ามเนื้อ โดยหัวใจมีขนาดประมาณใหญ่กว่ากำปั้นมือของเจ้าของเล็กน้อยน้ำหนักของหัวใจปกติอยู่ในช่วง ๒๐๐ ถึง ๔๒๕ กรัมขึ้นอยู่กับขนาดของร่างกายของเจ้าของ มีเยื่อเป็นถุงหุ้มเรียกว่า เยื่อหุ้มหัวใจ หรือ ถุงหุ้มหัวใจ (Pericardium) ซึ่งเยื่อนี้จะซับซ้อนกัน๒ชั้น ชั้นในติดแน่นกับกล้ามเนื้อหัวใจ ภายในหัวใจแบ่งออกเป็น ๔ ห้อง ประกอบด้วย ๑) ห้องขวาบน (Right Atrium) รับเลือดจากหลอดเลือดดำใหญ่ ๒ เส้นคือ Superior Vena Cava และ Inferior Vena Cava ๒) ห้องขวาล่าง (Right Ventricle) รับเลือดดำจากหัวใจห้องบนขวาผ่านลิ้นหัวใจชื่อTri Cuspid Valve แล้วส่งไปยังปอดโดยผ่านลิ้นหัวใจชื่อ Pulmonary Valve เข้าสู่หลอดเลือดใหญ่ที่เข้าสู่ปอดชื่อ Pulmonary Artery ๓) ห้องซ้ายบน (Left Atrium) รับเลือดแดงที่พอกแล้วจากปอดซ้ายขวา ๔) ห้องซ้ายล่าง (Left Ventricle) รับเลือดแดงจากห้องซ้ายบนผ่านทางลิ้นหัวใจชื่อ Mitral Valve และบีบตัวส่งเลือดแดงออกเลี้ยงร่างกายโดยผ่านทางลิ้นหัวใจอีกลิ้นชื่อ Aortic Valve เข้าไปสู่ท่อเลือดแดงใหญ่ชื่อ Aorta ซึ่งจะแตกแขนงเป็นเป็นหลอดเลือดแดงขนาดต่างๆ ไปจนถึงหลอดเลือดฝอยทั่วร่างกาย ซึ่งหัวใจห้องซ้ายล่างนี้มีผนังหนาที่สุดในหัวใจทั้ง ๔ ห้อง

๓.๑.๒ พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลัน หลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันหรือตีบรุนแรงจากลิ่มเลือด ทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ ST-segment elevated (STEMI) อาการสำคัญที่นำมา ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น เหนื่อย เหงื่อแตก อาจหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินและอันตรายแก่ชีวิต พยาบาลห้องฉุกเฉินต้องสามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วภายในเวลาเป็นนาที เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลา พร้อมทั้งเตรียมส่งต่อผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อรับการสวนหัวใจ และเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต

๓.๑.๓ กระบวนการพยาบาลและการดูแลส่งต่อแบบช่องทางเร่งด่วน (Fast track) การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ที่สำคัญคือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous coronary intervention: PCI) ซึ่งถ้าจะให้มีการตีบตันที่ตีต้องทำภายใน ๑๒๐ นาที แต่ภายใต้ศักยภาพของโรงพยาบาลทุติยภูมิไม่สามารถตอบสนองผู้ป่วยในการรักษาได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓ ชั่วโมงแรกหลัง

ผู้ป่วยมีอาการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วหลอดเลือดหัวใจจะเปิด ซึ่งควรส่งผู้ป่วยไปทำ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๑. ความรู้ (ต่อ)

PCI ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพโดยเร็ว ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งไม่ควร เกิน ๒๔-๗๒ ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ดังนั้นการพยาบาลจะต้องสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานเวลาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เหมาะสม ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคกับการดำเนินชีวิต การดูแลคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหลังการรักษา

๓.๑.๔ แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๑) แนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน คือ (๑.๑) การประเมินปัญหาและความต้องการ (๑.๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (๑.๓) การวางแผนการพยาบาล (๑.๔) การปฏิบัติการพยาบาล และ (๑.๕) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๒) แนวคิดการตั้งวินิจฉัยการพยาบาล Carpenito Moyet, ๒๐๑๐ ซึ่งวินิจฉัยการพยาบาลบางข้อไม่จำเป็นต้องมีคำว่า เนื่องจาก ลักษณะคล้ายกับ Focus cutting

๓) แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic health care concept) ที่ให้ความสำคัญกับ ปัจจัยแวดล้อมทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

๔) แนวคิดการส่งต่อ (Refer) ระยะฉุกเฉิน (ระยะก่อนส่งต่อ) ระยะส่งต่อ (บนรถส่งต่อ) ระยะก่อนจำหน่าย (บนรถส่งต่อ) และระยะหลังส่งต่อ (ที่ รพ.ศูนย์สรรพสิทธิประสงค์)

๓.๑.๕ การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ

๓.๑.๖ การวางแผนการจำหน่าย และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI รวมถึงความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล และช่องทางการเข้าถึงบริการรวดเร็ว (ซึ่งรายละเอียดแต่ละหัวข้อ ใครจะเพิ่มเติมในเล่มแบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลมีการปฏิบัติตามมาตรฐานแนวทางการพยาบาลเพื่อให้มีคุณภาพตามบทบาทความรับผิดชอบของวิชาชีพโดยยึดผู้ป่วยแบบองค์รวมเป็นยา รวดเร็วทันเวลาทุกขั้นตอนการประเมินคัดแยก การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่

๓.๒.๑ การประเมินปัญหาและความต้องการ

๑) การประเมินในระยะแรกรับ

๑.๑) ประเมินปัญหาความต้องการผู้ป่วยเบื้องต้นทันที

๑.๒) วินิจฉัยความรุนแรง ความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาความรุนแรงของปัญหาทันที

๑. อุกเงิน ๑ Cardiac arrest เช่น มีอาการ ไม่รู้สึกตัว หรือไม่หายใจ หรือไม่มีชีพจร

๒. อุกเงิน ๒ Airway obstruction เช่น มีเลือด หรือเสมหะปริมาณมากในปาก หายใจเสียงดังโครคราก

๓. อุกเงิน ๓ Severe respiration distress เช่น ต้องลุกนั่ง หรือ ฟิงผนังหรือยื่นเพื่อหายใจได้ หรือ พูดได้เพียงประโยคสั้นๆ หรือหายใจมีเสียงดัง หรือซีดและเหงื่อท่วมตัว หรือหายใจเร็ว แรง และลึก หรือใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เป็นต้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๔. ถูกเงิน ๔ Shock เช่น มีอาการ อย่างน้อย ๒ ข้อ เหนื่อท่วมตัว หรือ ซีดและผิวเย็นซีด หรือ หดสติชั่วคราว หรือ หดสติชั่วคราวเมื่อนั่งหรือยืนร่วมกับ SBP < ๙๐ mmHg, MAP < ๖๕ mmHg ในผู้ใหญ่หรือเด็กโต (>๑๐ปี) หรือ SBP < ๗๐ + (อายุ×๒) ในเด็กอายุ ๑-๑๐ ปี SBP < ๗๐ mmHg ในเด็กอายุ ๑ ปี หรือแพทย์วินิจฉัยว่า Shock

๕. ถูกเงิน ๕ Coma/Semi-coma หรือ GCS-๘ หรือกำลังชักเมื่อแรกรับที่จุดคัดแยก

๖. ประสบการณ์ใช้ในการปฏิบัติงาน ที่สำคัญ

๖.๑ ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา

๖.๒ ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพได้ สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิต

๖.๓ ปฏิบัติงานในทีมช่วยชีวิตด้วยความแคล่วคล่องว่องไว

๖.๔ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้เหมาะสมกับปัญหา

๑.๓) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย ผล ประเมินปัญหาการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ และการประเมินทางการพยาบาล

๑.๔) รวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อใช้ ประสานการส่งต่อ การดูแลระหว่างนำส่ง การวางแผนจำหน่าย เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ความเชื่อ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ

๒) การประเมินในระยะการดูแลต่อเนื่องขณะนำส่ง

๒.๑) เผื่อระวังสังเกตอาการ อาการแสดงเป็นระยะ ๆ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และผลของการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

๒.๒) ติดตามรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการตรวจอื่น ๆ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การถ่ายภาพรังสีหรือการตรวจพิเศษ ให้พร้อมเพื่อการวินิจฉัยปัญหา ทั้งปัญหาปัจจุบัน และปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

๓) การประเมินในระยะหลังส่งต่อ

๓.๑) ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยซ้ำก่อนส่งต่อ

๓.๒) เมื่อนำส่งโรงพยาบาลปลายทางควรประเมินซ้ำเพื่อครอบคลุมปัญหาและการดูแล

๔) สื่อสารข้อมูลที่ได้จากการประเมินและผลการพยาบาลแก่ทีมการพยาบาลนอกหน่วยงานที่รับดูแลผู้ป่วยต่อ ด้วยวาจาและเอกสารเป็นลายลักษณ์อักษร

๔.๑) รายงานข้อมูลที่จำเป็นเร่งด่วนไปยังผู้เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อการตัดสินใจให้การช่วยเหลือ หรือเตรียมการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาที่เหมาะสม

๔.๒) บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างถูกต้อง เป็นระบบต่อเนื่องและเชื่อมโยงข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกรับ ส่งต่อ จนจำหน่ายอย่างถูกต้องและครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนและการให้การพยาบาล

๓.๓.๒ การวินิจฉัยการพยาบาล

๑) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อจำแนกความต้องการการพยาบาลตามระบบการจำแนก ประเภทผู้ป่วย

๒) กำหนดปัญหาและความต้องการที่กำลังเกิดขึ้น เกิดขึ้นแล้ว และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๓) กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน การป้องกันโรคหรือภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสภาพ

๔) นำข้อมูลที่ประเมินได้ในระยะการดูแลต่อเนื่องมาแก้ไข หรือกำหนดปัญหา และความต้องการใหม่ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจน

๕) ระบุปัญหา และความต้องการการดูแลต่อเนื่อง เพื่อส่งต่อในกรณีผู้ป่วยและครอบครัวยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่อง

๖) บันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน

๓.๒.๓ การวางแผนการพยาบาล

๑) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อแก้ไขและบรรเทาปัญหาเฉียบพลันที่กำลังคุกคามชีวิต หรือจัดการกับอาการรบกวนความสบายของผู้ป่วยไว้เป็นลำดับแรก

๒) กำหนดแผนการพยาบาลในระยะเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยเป็นรายบุคคลสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/กลุ่มอาการ

๓) เปิดโอกาสให้ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลเพื่อความครอบคลุม

๔) แก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง/ปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๕) สื่อสารแผนการพยาบาลให้สมาชิกในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าใจแนวทางปฏิบัติ ทั้งด้วยวาจาและเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษร

๖) บันทึกแผนการพยาบาลให้ถูกต้องและครบถ้วน

๓.๒.๔ การปฏิบัติการพยาบาล

๑) ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ประเมิน Clinical Chest pain การหายใจ การไหลเวียนโลหิต การรับรู้ระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร

๒) ติดตามเฝ้าระวังปัญหาเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อคาดการณ์ถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ประเมินได้รวดเร็วและรายงานแพทย์ให้ทันเวลา

๓) ในกรณีฉุกเฉินปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย

๔) ตรวจสอบและรับคำสั่งการรักษาอย่างรอบคอบและตัดสินใจดำเนินการ หรือจัดการให้การรักษานั้นเกิดผลดีต่อผู้ป่วย ตามขอบเขตของวิชาชีพ

๕) รายงานหรือประสานงานกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แผนการรักษาได้ปฏิบัติอย่างครบถ้วนในเวลาที่กำหนด

๖) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันความเสี่ยงหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

๗) เฝ้าระวังอาการไม่สบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกถึงจนสิ้นสุดการส่งต่อรักษา

๘) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวบอกเล่าถึงความไม่สบายหรืออาการรบกวนต่าง ๆ อธิบายถึงแนวทางการช่วยเหลือและวิธีการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่อื่น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๔) ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายพร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนและการขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการไม่สุขสบายและอาการรบกวนต่าง ๆ

๓.๒.๕ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

๓.๒.๖ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

๓.๒.๗ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

๑) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ได้แก่

๑.๑) การให้ข้อมูล/บอกกล่าวข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

๑.๒) การรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วย

๒) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยเคารพในสิทธิและยึดจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคลอย่างเท่าเทียมกัน ไม่แบ่งแยกชนชั้นหรือเชื้อชาติศาสนา

๓) ก่อนให้การพยาบาลใด ๆ แก่ผู้ป่วย ควรบอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบ แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว

๔) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับการรักษาพยาบาล

๕) ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างและกำกับให้สมาชิกทีมการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว

๓.๒.๘ การบันทึกทางการพยาบาล

๑) บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างถูกต้องเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารในทีมการพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแล ระหว่างนำส่ง ครอบครัว

๒) ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึก และรายงานทางการพยาบาล

๓) ทบทวนเอกสารรายงานผู้ป่วย เพื่อตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ในการบันทึกการดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงวันและเวลาปฏิบัติงาน

๔) ใช้แบบฟอร์มการบันทึกที่ได้มาตรฐาน ให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย

๕) ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทุกกระยะในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยจนส่งมอบโรงพยาบาลปลายทาง ที่รับส่งต่อ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมา

การอุดตันหรือตีตันรุนแรงจากลิ่มเลือดของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ชนิดที่ขาดเลือดแบบมีการยกขึ้นของ ST segment (ST-segment elevated myocardial infarction: STEMI) อุบัติการณ์การเกิดโรคในอเมริกา พบว่าประชากร ๖๙๕,๐๐๐ คน มีอาการของโรคและในจำนวนนี้เสียชีวิต ๑ ใน ๕ คน และเป็นผู้ที่เป็โรคนี้ ๒ ใน ๑๐ คน มีอายุต่ำกว่า ๖๕ ปี ๑ ในเอเชียแปซิฟิก พบผู้ที่เป็โรคนี้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ในผู้ชายร้อยละ ๕๒.๐ ในผู้หญิงร้อยละ ๔๒.๕๐ และในจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ พบเป็ผู้ชาย ร้อยละ ๕.๐ และผู้หญิง ร้อยละ ๓.๒ เสียชีวิตจากโรคนี้เป็ผู้ชาย ๑,๗๓๔ คน และผู้หญิง ๑,๑๘๔ คน ๒ ส่วนประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด ๓๑.๘ ต่อประชากรแสนคน เป็ ๓๑.๘ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ๓ การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อประเทศไทยเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ต่อสังคมที่ต้องพบเจออาการของผู้ป่วยซึ่งต้องให้การช่วยเหลือทั้งการใช้เครื่อง AED ช่วยชีพและเรียกบริการรถฉุกเฉินต่อครอบครัวซึ่งครอบครัวต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในครอบครัว และที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยเองนอกจากจะทุกข์ทรมานกับการอาการแล้วการที่ผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการทำงานหัวใจลดลง อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะหัวใจล้มเหลว อันจะนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ๑,๔,๕ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ ครอบครัว โรคเรื้อรัง และการเสพติด ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เสพแอมเฟตามีน ภัยพิบัติกรรมส่วนตัว ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานผักผลไม้ น้อย และความเครียด ๕,๖ อาการสำคัญที่นำมา ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น เหนื่อย เหงื่อแตก อาจหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เป็ภาวะฉุกเฉินและอันตรายแก่ชีวิต ๖,๗ ดังนั้นการรักษาโรคเพื่อให้รอดชีวิต และมีพยากรณ์คุณภาพชีวิตที่ดีต้องเริ่มต้นที่การประเมินอาการและวินิจฉัยโรคอย่างเร่งด่วนเป็หน้าที่ ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดตามแผนการรักษาให้ทันเวลา และเร่งรีบบริหารจัดการเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดอย่างเร่งด่วนในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่สำคัญคือการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous coronary intervention: PCI) ซึ่งถ้าจะให้มีการตีโรคที่ตีต้องทำภายใน ๑๒๐ นาที แต่ภายใต้ศักยภาพของโรงพยาบาลทุติยภูมิไม่สามารถตอบสนองผู้ป่วยในการรักษาได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓ ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยมีอาการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วหลอดเลือดหัวใจจะเป็เปิด ซึ่งควรส่งผู้ป่วยไปทำ PCI ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพโดยเร็ว ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งไม่ควรเกิน ๒๔-๗๒ ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ๓ ดังนั้นการพยาบาลจะต้องสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานเวลาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ

โรงพยาบาลน้ำยืน เป็โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รับผิดชอบรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโรค STEMI ก่อนส่งต่อแบบช่องทางด่วนไปยังโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า จากสถิติ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยโรค STEMI เข้ารับบริการฉุกเฉิน จำนวน ๑๒, ๑๐ และ ๑๒ ราย ตามลำดับ และทั้ง ๓ ปีผู้ป่วยมีระยะเวลาคัดกรองจนถึงทำ EKG ภายใน ๑๐ นาที ร้อยละ ๑๐๐ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงให้ยา Streptokinase ภายใน ๑๒๐ นาที ร้อยละ ๑๐๐ อัตราผู้ป่วย โรค STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด เสียชีวิตพบว่าญาติพาผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินล่าช้าระยะเวลามากกว่า ๒ ชั่วโมง โดยไม่ทราบว่ามีอาการของโรค STEMI และพื้นที่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมา (ต่อ)

ห่างไกลจากบริการรถฉุกเฉิน ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินจะต้องมีความตื่นตัวในการปฏิบัติงานเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการประเมินเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องให้ทันตามระยะเวลามาตรฐาน ซึ่งจากการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย จำนวน ๒ ราย ที่จะนำเสนอต่อไปนี้ ได้รับการวินิจฉัยโรคทันเวลาและได้รับยา Streptokinase ภายใน ๑๒๐ นาที ได้รับการทำ PCI ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ผู้ป่วยรอดชีวิตกลับบ้าน แต่ขณะรับการรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉิน อาการผู้ป่วยจะดีขึ้นทันทีหลังจากหลอดเลือดเปิดใหม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคด้วย ผู้ศึกษาจึงต้องการนำเสนอ

เปรียบเทียบให้เห็นผลลัพธ์ของการรักษา พยาบาลว่าผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาพยาบาล จะส่งผลทำให้ช่วงเวลาของการดูแล ให้ยา Streptokinase จะมีอาการข้างเคียงของยาได้ และผู้ป่วยที่มีมีปัจจัยเสี่ยงน้อย ปัจจัยจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ของการรักษาดีตั้งแต่เริ่มแรก ก่อนนำเสนอผลการศึกษา ผู้ศึกษาใคร่กล่าวถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค STEMI เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง พยาธิสรีรวิทยาและการรักษา ดังนี้

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

- ๑) ศึกษาปัญหาการพยาบาลในหน่วยงาน
 - ๒) ศึกษารวบรวมสถิติข้อมูลโรคในหน่วยงาน
 - ๓) เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล ๒ ราย โดยเลือก เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน
 - ๔) รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี ประเมินสภาพผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลของครอบครัว
 - ๕) ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลศึกษามีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
 - ๖) ค้นคว้าเอกสาร ตำราทฤษฎีวิชาการ ปรึกษาจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูล
 - ๗) นำข้อมูลที่ไดมารวบรวม วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และประเมินผลการพยาบาลตามแผนการพยาบาล
 - ๘) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือการพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ
 - ๙) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและเสนอแนวทางแก้ไข
 - ๑๐) จัดทำผลงาน สรุปเรียบเรียงเป็นรูปเล่ม
 - ๑๑) เสนอผลงานแบบเผยแพร่ในวารสาร ยโสธรเวชสาร ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ (เดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๖๗) เพื่อรับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ
 - ๑๒) แก้ไข ปรับปรุง ตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
- เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาแรกรับ ระยะต่อเนื่อง ระยะก่อนจำหน่าย และระยะจำหน่าย อย่างถูกต้อง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๔ เป้าหมายของงาน

๑) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะแรกเริ่ม ระยะต่อเนื่อง ระยะก่อนจำหน่าย และระยะจำหน่าย อย่างถูกต้อง

๒) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ทั้งนี้ป้องกันไปถึงความพิการและการเสียชีวิต

๓) เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน และสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้อย่างมีคุณภาพ

๔.๕ สรุปกรณีศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย เป็นผู้ชายมีอาการนำเจ็บแน่นหน้าอก ทายใจไม่เอี่ยม เหนื่อย เหงื่อแตก ผู้ป่วยรายที่ ๑ และรายที่ ๒ มีอายุ ๕๐ และ ๖๐ ปี ตรวจ EKG พบ ST elevated at II, III, aVF, V₁-V₂, V₃R, V₄R, และ at aVF, V₂-V₃ เจ็บแน่นหน้าอก ๖/๑๐ และ ๑๐/๑๐ คะแนน ปรีกษาแพทย์เชี่ยวชาญด้านหัวใจและวินิจฉัย STEMI ภายใน ๔๒ และ ๖๕ นาที ดูแลให้ยา Streptokinase ภายใน ๕๐ และ ๗๐ นาที ตามลำดับ ผู้ป่วยรายที่ ๑ หลังให้ยา Streptokinase มีเจ็บแน่นหน้าอก ๒/๑๐ รายที่ ๒ ขณะให้รับยา Streptokinase มีความดันโลหิตต่ำ ดูแลให้ ๐.๕%NSS ๕๐๐ ml. และ Dopamine (๒:๑) (๑:๑ start rate ๕ ml/hr.) ความดันโลหิตเป็นปกติผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วนไปโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด หลังทำผู้ป่วยรายที่ ๑ อาการดีขึ้น รายที่ ๒ อาการซึมลงและภายหลังอาการดีขึ้น และจากการพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยโรค STEMI ทั้ง ๒ ราย มีวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน แต่แตกต่างกันในส่วนข้อมูลและรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย โดยในระยะฉุกเฉิน พบปัญหา ได้แก่ ๑) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้ O₂ ให้ยา ASA gr V ยา Clopidogrel (๗๕ mg) และยา Streptokinase และประเมิน Chest pain score ๒) มีภาวะ Hyperglycemia ดูแลประเมินอาการน้ำตาลในเลือดสูงแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่ผิดปกติและให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที ๓) เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงยา Streptokinase ดูแล Drip ยาช้าๆ ในเวลา ๑ ชั่วโมง สังเกตอาการความดันโลหิตต่ำ เลือดออกง่ายหยุดยาก พร้อมเตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ ๔) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดี อธิบายพยาธิสภาพและการดำเนินโรค การเตรียมส่งต่อ ระยะส่งต่อ (บรรณ Refer) พบปัญหา ได้แก่ ๑) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ Monitor EKG ฝ้าระวังภาวะ Cardiac shock ๒) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ดูแลประเมินและติดตามอาการที่อวัยวะภายใน โดยเฉพาะในสมอง ประเมินภาวะ Hypovolemic shock และปัสสาวะ ระยะก่อนจำหน่าย (บรรณ Refer) พบปัญหา ได้แก่ ๑) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจในดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่บ้าน ดูแลประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ แนะนำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการทำ PCI การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด ทุกระยะหลังส่งต่อ ที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ พบปัญหา ได้แก่ ๑) มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับผู้ป่วยและข้อมูลต่าง ๆ ดูแลเคลื่อนย้ายและประเมินอาการผู้ป่วยขณะลงจากรถ Refer กำกับและติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยใช้หลัก CLEAR

(ตารางเปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วยและการพยาบาล ใครจะเสนอในเล่ม แบบแสดงรายละเอียดประกอบกรขอประเมินผลงาน)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๖ เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย วินิจฉัยโรค ผลการตรวจ EKG และ Lab

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. เพศ/อายุ	เพศชาย / อายุ ๕๐ ปี	เพศชาย / อายุ ๖๐ ปี
๒. น้ำหนัก/ส่วนสูง/BMI	น้ำหนัก ๘๕ kg / ส่วนสูง ๑๗๓ cm / BMI ๒๘.๔๐ kg/m ^๒	น้ำหนัก ๖๐ kg / ส่วนสูง ๑๕๘ cm / BMI ๒๔ kg/m ^๒
๓. อาการสำคัญ	เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกทับ หายใจไม่อิ่ม เหงื่อแตก PS ๖/๑๐	เจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลังและรักแร้ซ้าย หายใจไม่อิ่ม เหงื่อแตก PS ๑๐/๑๐
๔. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	๑๕ นาทีวันก่อนมา รพ. ผู้ป่วยกำลังนั่งรับประทานอาหารกับครอบครัว (๑๖.๓๐ น.) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกทับ ไม่เจ็บร้าวไปที่ใด หายใจไม่อิ่ม เหงื่อแตก นิ่งนิ่งพัก ๕ นาที อาการไม่ทุเลา จึงมา รพ.	๒ ชั่วโมง ๓๐ นาทีก่อนมา รพ. ผู้ป่วยเสพยาบ้า ๕ เม็ด (เวลา ๐๒.๐๐ น.) ๓๐ นาทีก่อนมา รพ. เดินหาไม้กวาดเวลา ๐๔.๐๐ น. มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกทับ ร้าวไปหลังและรักแร้ซ้าย หายใจไม่อิ่ม เหงื่อแตก จึงมา รพ.
๕. โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว ต้มสุราเป็นครั้งคราว สูบบุหรี่วันละ ๑ ของครั้งมา ๒๐ ปี	ไม่มีโรคประจำตัว ไม่สูบบุหรี่ ต้มสุราเป็นครั้งคราว ไม่ทราบประวัติการเสพยาบ้า เสพยาบ้าประมาณ ๒ ปี ตรวจพบเสพยา บ้า ๑๗ พฤศจิกายน ๖๕ เข้าคลินิกบำบัด ๒๔ พฤศจิกายน ๖๕ ตามนัดทุกครั้ง
๖. วินิจฉัยโรค	STEMI	STEMI
๗. ผลการตรวจ EKG	ST-segment elevated at II, III, aVF, V๓-V๖, V๓R, V๔R: Inferior and lateral wall infraction	ST-segment elevated at aVF, V๒-V๓: Inferior wall infraction
๘. ผลการตรวจ Lab	Troponin-I < ๐.๐๕ mg/ml (Normal) PT, PTT, INR = Normal BUN, Cr, eGFR = Normal CBC, Electrolyte = Normal DTX ๓๕๖ mg%, O _๒ sat ๙๙%	Troponin-I < ๐.๐๕ mg/ml (Normal) PT, PTT, INR = Normal BUN, Cr, eGFR = Normal CBC, Electrolyte = Normal DTX ๑๔๘ mg%, O _๒ sat ๙๙%

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๖ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย พบว่า กรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ เป็นวัยกลางคน และวัยสูงอายุ ค่า BMI เกินเป็นโรคอ้วนระดับ ๑ และ BMI ปกติ มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่เหมือนกัน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกทับ ไม่เจ็บร้าว หายใจไม่อิ่ม เหงื่อแตก ระดับความเจ็บปวด ระดับปานกลาง และระดับมาก ปัจจัยการเกิดโรคคือ การสูบบุหรี่ และการเสพยาบ้าร่วมกับการเป็นผู้สูงอายุ วินิจฉัยโรค STEMI มี EKG ST elevated แสดงการขาดเลือด ๒ ตำแหน่ง (inferior and lateral wall) และ ๑ ตำแหน่ง (Inferior wall) มีค่า DTX ๓๕๖ mg% และ ๑๔๘ mg% สูงทั้ง ๒ ราย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อื่น ๆ ปกติ

แผนการรักษา ที่สอดคล้องกับอาการแสดง และสัญญาณชีพ

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. แผนการรักษาที่สอดคล้องกับอาการแสดง	<p>๑๓ กุมภาพันธ์ ๖๖</p> <p>- ๑๖.๓๐ น. มีอาการเริ่มแรกที่บ้าน</p> <p>- ๑๖.๔๕ น. แกร็บ เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกทับ ไม่เจ็บร้าว หายใจไม่อิ่ม เหงื่อแตก PS ๖/๑๐</p> <p>- ๑๖.๔๕ น. ได้รับการทำ EKG</p> <p>- ๑๖.๕๘ น. ASA gr V ๑ tab oral stat</p> <p>- ๑๗.๐๐ น. Clopidogrel (๗๕ mg) ๔ tabs oral stat</p> <p>- ๑๗.๑๒ น. ได้รับการวินิจฉัย STEMI</p> <p>- ๑๗.๒๐ น. ได้รับยา Streptokinase ๑.๕ mu.</p> <p>- ๑๙.๕๐ น. ยา Streptokinase ทหมด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงของยา</p> <p>- ๒๐.๑๐ น. Refer ถึง รพ. แม่ข่าย</p> <p>- ๒๐.๑๕ น. ถึงห้องผู้ป่วยหนัก CCU</p> <p>- ๒๒.๕๐ น. ได้รับการทำ PCI</p> <p>- สรุปผู้ป่วยรับการทำให้ PCI หลังจากได้รับยา Streptokinase ๓๓๐ นาที (๕ ชั่วโมง ๓๐ นาที)</p>	<p>๑๐ กรกฎาคม ๖๖</p> <p>- ๐๕.๐๐ น. มีอาการเริ่มแรกที่บ้าน</p> <p>- ๐๕.๓๐ น. แกร็บ เจ็บแน่นหน้าอก เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกทับ ร้าวไปหลังและรักแร้ซ้าย หายใจไม่อิ่ม เหงื่อแตก PS ๑๐/๑๐</p> <p>- ๐๕.๓๐ น. ได้รับการทำ EKG</p> <p>- ๐๕.๔๕ น. ASA gr V ๑ tab oral stat</p> <p>- ๐๕.๕๐ น. Clopidogrel (๗๕ mg) ๔ tabs oral stat</p> <p>- ๐๖.๐๕ น. ได้รับการวินิจฉัย STEMI</p> <p>- ๐๖.๑๐ น. ได้รับยา Streptokinase dose</p> <p>- ๐๖.๒๕ น. ขณะให้ยา Streptokinase ผู้ป่วย BP drop ๘๕/๕๐ mmHg หยุดให้ยาชั่วคราว และดูแลให้ ๐.๙%NSS Load dose และ Dopamine (๒:๑) (๑:๑) start rate ๕ ml/hr.</p> <p>- ๐๗.๑๗ น. ผู้ป่วยมี BP ๑๒๐/๖๐ mmHg จากนั้นให้ยา Streptokinase ต่อ</p> <p>- ๐๘.๐๓ น. ขณะให้ยา Streptokinase ต่อ V/S ดี แต่มีอาการ ชิม On ET-tube</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๖ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

แผนการรักษา ที่สอดคล้องกับอาการแสดง และสัญญาณชีพ (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. แผนการรักษาที่สอดคล้องกับอาการแสดง (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล แม่ข่าย ๒ วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - ๐๘.๓๕ น. ยา Streptokinase หมด - ๑๑.๒๕ น. Refer ถึง รพ. แม่ข่าย - ๑๑.๓๕ น. ถึงห้องผู้ป่วยหนัก CCU - ๑๒.๓๕ น. ได้รับการทำ PCI - สรุปผู้ป่วยรับการทำให้ PCI หลังจากได้รับยา Streptokinase ๓๘๐ นาที (๖ ชั่วโมง ๒๐ นาที) - จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลแม่ข่าย ๓ วัน - ยาที่ได้รับกลับบ้าน ASA (๘๑ mg) ๑x๑ oral pc. เข้า, Clopidogrel (๗๕ mg) ๑x๑ oral pc. เข้า เป็นเวลา ๑๒ เดือน
๒. สัญญาณชีพ	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะแรกรับ Temp ๓๖.๒°C, P ๕๖ bpm, R ๒๐ bpm, BP ๑๐๐/๗๐ mmHg - ขณะให้ยา Streptokinase, Temp ๓๖.๓°C, P ๕๐-๗๘ bpm, R ๒๐-๒๒ bpm, BP ๙๐/๖๐ - ๑๔๐/๙๐ mmHg - ก่อน Refer Temp ๓๖.๕°C, P ๗๘ bpm, R ๒๐ bpm, BP ๑๔๐/๙๐ mmHg - ก่อนเคลื่อนย้ายลงเปลนอน รพ. ปลายทาง Temp ๓๖.๖°C, P ๗๖ bpm, R ๒๐ bpm, BP ๑๓๖/๘๔ mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะแรกรับ Temp ๓๖.๖°C, P ๕๐ bpm, R ๒๒ bpm, BP ๑๒๐/๗๐ mmHg - ขณะให้ยา Streptokinase, Temp ๓๖.๗°C, P ๕๐-๘๒ bpm, R ๒๐-๒๒ bpm, BP ๘๕/๕๗ - ๑๓๐/๘๐ mmHg - ก่อน Refer Temp ๓๖.๗°C, P ๘๖ bpm, ET-tube, BP ๑๓๐-๑๒ mmHg - ก่อนเคลื่อนย้ายลงเปลนอน รพ. ปลายทาง Temp ๓๖.๖°C, P ๘๔ bpm, ET-tube, BP ๑๓๒-๗๘ mmHg

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔.๖ เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย ผู้ป่วยที่ ๑ และรายที่ ๒ ณ ห้องฉุกเฉินแรกเริ่มมีความแตกต่างกัน ดังนี้ มีอาการก่อนมาโรงพยาบาล ๑๕ นาที และ ๓๐ นาที ได้รับการทำ EKG ภายใน ๕ นาที ทั้ง ๒ ราย ได้รับยา ASA gr V ๑ tab oral stat และ Clopidogrel (๗๕ mg) ๔ tabs oral stat ภายในเวลา ๑๕ นาที และ ๑๓ นาที ได้รับการวินิจฉัยภายใน ๒๗ นาที และ ๒๕ นาที ได้รับ Streptokinase ภายใน ๓๕ นาที และ ๓๐ นาที ขณะรับยา ไม่เกิดผลข้างเคียงของยาและเกิดผลข้างข้างเคียงโดยมีความดันโลหิตต่ำพร้อมทั้งใส่ ET-tube ใช้ช่วงเวลาในการให้ยา Streptokinase จำนวน ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที และ ๒ ชั่วโมง ๒๕ นาที ได้รับการทำ PCI หลังเริ่มให้ยา Streptokinase จำนวน ๑.๕ mu

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล

ระยะฉุกเฉิน

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจทำงานลดลง	การพยาบาล ๑) ดูแลให้ On O _๒ ตามแผนการรักษา ๒) ดูแลให้ยา ASA gr V ๑ tab oral stat ๓) ดูแลให้ยา Clopidogrel (๗๕ mg) ๔ tabs oral stat	การพยาบาล ๑) ดูแลให้ On O _๒ ตามแผนการรักษา ๒) ดูแลให้ยา ASA gr V ๑ tab oral stat ๓) จัดท่านอนศีรษะสูงหนุนหมอนสูง
OD: Dx STEMI	๔) จัดท่านอนศีรษะสูงหนุนหมอนสูง	๔) ดูแลให้ยา Streptokinase ๑.๕ mu+ ๐.๙%NSS ๑๐๐ ml vein drip
OD: Chest pain score ๖/๑๐ และ ๑๐/๑๐	๕) ดูแลให้ยา Streptokinase ๑.๕ mu+๐.๙%NSS ๑๐๐ ml vein drip in ๖๐ min	๕) ประเมินระดับ Chest pain score และสัญญาณชีพ ทุก ๕ นาที ๒ ครั้ง ทุก ๑๕ นาที ๒ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมง
คะแนน	๖) ประเมินระดับ Chest pain score และสัญญาณชีพ ทุก ๕ นาที ๒ ครั้ง ทุก ๑๕ นาที ๒ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมง	๖) EKG ๑๒ Lead อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินภาวะ STEMI
	๗) EKG ๑๒ Lead อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินภาวะ STEMI	
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีค่า O _๒ sat ๙๗-๙๙% หลังได้รับยา Streptokinase ระดับ Chest pain score ลดลงจาก ๖/๑๐ เหลือ ๒/๑๐ คะแนน	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยมีค่า O _๒ sat ๙๒-๙๙% ขณะให้รับยา Streptokinase มีความดันโลหิตต่ำ ดูแลให้ ๐.๙%NSS และ Dopamine มีอาการซิงลง แพทย์ ET-tube และไม่สามารถบอกระดับความเจ็บหน้าอกได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล (ต่อ)

ระยะฉุกเฉิน

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperglycemia	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) เฝ้าระวังและสังเกตอาการ น้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อาการใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ</p> <p>๒) ดูแลให้ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml vein ๑๐๐ ml/hr.</p> <p>๓) แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่ผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที</p> <p>๔) ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยมี DTX ๓๕๖ mg% ไม่ได้ตรวจซ้ำก่อน Refer แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) เฝ้าระวังและสังเกตอาการ น้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ อาการใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ</p> <p>๒) ดูแลให้ ๐.๙%NSS ๑,๐๐๐ ml vein ๑๐๐ ml/hr</p> <p>๓) แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่ผิดปกติจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที</p> <p>๔) ติดตามระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ประเมินผลการพยาบาล:</p> <p>ผู้ป่วยมี DTX ๑๔๖ mg% ไม่ได้ตรวจซ้ำก่อน Refer แต่ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง</p>
๓. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียง เนื่อง จากการได้รับละลายลิ่มเลือด Streptokinase	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยา</p> <p>๒) ขณะ Drip ยา ต้อง Monitors EKG ๑๒ lead (EASI), O_๒ Sat, V/S ทุก ๕-๑๕ นาที</p> <p>๓) สังเกตอาการของผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ เลือดออกง่าย หายุดยากทุกระบบ และ Neuro sign โดยเฉพาะในสมอง และอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และมีไข้ หนาวสั่น</p> <p>๔) เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์การช่วยฟื้นชีวิตต่าง ๆ</p> <p>๕) บันทึกอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยา</p> <p>๒) ขณะ Drip ยา ต้อง Monitors EKG ๑๒ lead (EASI), O_๒ Sat, V/S ทุก ๕-๑๕ นาที</p> <p>๓) สังเกตอาการของผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ เลือดออกง่าย หายุดยากทุกระบบ และ Neuro sign โดยเฉพาะในสมอง และอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และมีไข้ หนาวสั่น</p> <p>๔) เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์การช่วยฟื้นชีวิตต่าง ๆ</p> <p>๕) บันทึกอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล (ต่อ)

ระยะฉุกเฉิน

วินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ ๑

กรณีศึกษาที่ ๒

๓. เสี่ยงต่อการเกิด

ประเมินผลการพยาบาล

ประเมินผลการพยาบาล

ผลข้างเคียง เนื่อง จากการ
ได้รับละลายลิ่มเลือด
Streptokinase (ต่อ)

ผู้ป่วยไม่เกิดผลข้างเคียงของยา ไม่พบ
อาการความดันโลหิตต่ำ เลือดออกง่าย
หยุดยาก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ
และมีไข้ หนาวสั่น

ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงของยา โดยมีความ
ดันโลหิตต่ำ ดูแลให้ 0.9%NSS และยา
Dopamine มีอาการซึ่งลง แพทย์ ET-
tube

๔. ผู้ป่วยและญาติมีความ
วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ
เจ็บป่วย

การพยาบาล

การพยาบาล

๑) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและ
ญาติ พุดคุย และให้การพยาบาลอย่าง
นุ่มนวล
๒) เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหา
เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และตอบข้อ
ซักถามด้วยวาจาที่สุภาพ นุ่มนวล
๓) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนิน
ของโรค แผนการรักษา และการเตรียม
ส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีสัถย
ภาพสูงกว่า
๔) ให้พบแพทย์ และเป็นสื่อกลางในการ
พุดคุยระหว่างผู้ป่วยและญาติ
๕) อธิบายถึงเหตุผลในการส่งตัวผู้ป่วย
ไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีสัถยภาพสูง
กว่า

๑) สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ
พุดคุย และให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล
๒) เปิดโอกาสให้ญาติซักถามปัญหา
เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และตอบข้อซักถาม
ด้วยวาจาที่สุภาพ นุ่มนวล
๓) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนิน
ของโรค แผนการรักษา และการเตรียมส่ง
ต่อไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีสัถยภาพสูง
กว่า

ประเมินผลการพยาบาล

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ มีสีหน้าคลายวิตก
กังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาและ
พยาบาล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ มีสีหน้าคลายวิตก
กังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาและ
พยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล (ต่อ)

ระยะส่งต่อ (บนรถ Refer)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจทำงานลดลง	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาที ตลอดระยะทางการ Refer</p> <p>๒) Monitor EKG ไว้ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ภาวะ Cardiac shock เช่น ตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ</p> <p>๓) จัดท่านอนศีรษะสูงหนุนหมอนสูง เพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้น</p> <p>๔) ดูแลให้ O_๒ Cannula ๓ ลิตร/นาที</p> <p>๕) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙%NSS vein เพื่อให้ภาวะถูกเงินได้รับการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง</p> <p>๖) แนะนำผู้ป่วยให้สูดหายใจเข้าลึก ๆ แล้วค่อย ๆ ปล่อยลมหายใจออก พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยให้บอกพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น และเหนื่อยหอบ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ขณะอยู่บนรถ Refer ผู้ป่วยพูดจารู้เรื่อง ไม่มีอาการซึมหรือเหนื่อย ไม่แสดงอาการเจ็บหน้าอก O_๒ sat ๙๗-๙๙%</p>	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาที ตลอดระยะทางการ Refer</p> <p>๒) Monitor EKG ไว้ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ภาวะ Cardiac shock เช่น ตัวเย็น เหงื่อออก กระสับกระส่าย สับสน ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำตาม</p> <p>๓) จัดท่านอนศีรษะสูงหนุนหมอนสูง เพื่อให้หายใจได้สะดวกขึ้น</p> <p>๔) ดูแลให้ O_๒ โดย PPV ET-tube ตลอดการ Refer</p> <p>๕) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๐.๙%NSS vein เพื่อให้ภาวะถูกเงินได้รับการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง</p> <p>๖) แนะนำผู้ป่วยให้บอกพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น และเหนื่อยหอบมากขึ้น</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ขณะอยู่บนรถ Refer ผู้ป่วยมีอาการซึมเหนื่อย ไม่แสดงอาการเจ็บหน้าอก และ O_๒ sat ๙๘-๑๐๐%</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล (ต่อ)

ระยะส่งต่อ (บรรด Refer)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๒. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากการได้รับละลายลิ่มเลือด (Streptokinase, ASA gr V และ Clopidogrel (๗๕ mg)	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ประเมินและติดตามอาการที่อวัยวะภายใน ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด/ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด/สีน้ำล้างเนื้อ รอยเลือดออกตามผิวหนัง</p> <p>๒) ประเมินและติดตามภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บพ่น คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ปากเปี้ยว เจ็บพ่น ชาเจ็บพ่น อ่อนแรง ชีมี ชัก หมดสติ</p> <p>๓) ดูแลให้ Absolute bed rest ตลอดการ Refer</p> <p>๔) ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะชีพจรและความดันโลหิต เพื่อประเมินภาวะ Hypovolemic shock และอาการแสดง ได้แก่ ชีมีหรือไม่รู้สีกตัว ชีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ ผิวหนังเย็นซีด Capillary refill > ๒ sec ปัสสาวะออกน้อย</p> <p>๕) แนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่ออาการผิดปกติ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่พบภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock</p>	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ประเมินและติดตามอาการที่อวัยวะภายใน ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด/ถ่ายดำ ปัสสาวะเป็นเลือด/สีน้ำล้างเนื้อ รอยเลือดออกตามผิวหนัง</p> <p>๒) ประเมินและติดตามภาวะเลือดออกในสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง เจ็บพ่น คลื่นไส้ อาเจียนพุ่ง ปากเปี้ยว เจ็บพ่น ชาเจ็บพ่น อ่อนแรง ชีมี ชัก หมดสติ</p> <p>๓) ดูแลให้ Absolute bed rest ตลอดการ Refer</p> <p>๔) ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะชีพจรและความดันโลหิต เพื่อประเมินภาวะ Hypovolemic shock และอาการแสดง ได้แก่ ชีมีหรือไม่รู้สีกตัว ชีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ ผิวหนังเย็นซีด Capillary refill > ๒ sec ปัสสาวะออกน้อย</p> <p>๕) แนะนำให้ผู้ป่วยบอกเมื่ออาการผิดปกติ</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ไม่พบภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ไม่พบภาวะ Hypovolemic shock</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล (ต่อ)

ระยะก่อนจำหน่าย (บรรทัด Refer)

วินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจในดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วย</p> <p>๒) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการทำ PCI ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ เสพยาบ้า น้ำชา กาแฟ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมน้ำหนัก</p> <p>๓) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหัวใจ เช่น อาหารที่มีกากใยมาก ครบทุกหมู่ เน้นปลา อาหารรสอ่อน นี้อนุ่ม งดหวาน มันและเค็ม</p> <p>๔) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะได้รับคำแนะนำจากหอผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด</p> <p>๕) การรับประทานยากลับบ้านอย่างต่อเนื่อง และกลับมาพบแพทย์ตามนัดอย่างเคร่งครัด</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ รับปากจะกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเมื่อได้รับการจำหน่ายจากการทำ PCI</p>	<p>การพยาบาล</p> <p>๑) ประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วย</p> <p>๒) การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการทำ PCI ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ เสพยาบ้า น้ำชา กาแฟ การควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุม น้ำหนัก</p> <p>๓) การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคหัวใจ เช่น อาหารที่มีกากใยมาก ครบทุกหมู่ เน้นปลา อาหารรสอ่อน นี้อนุ่ม งดหวาน มันและเค็ม</p> <p>๔) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะ ได้รับคำแนะนำจากหอผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัด</p> <p>๕) การรับประทานยากลับบ้านอย่างต่อเนื่อง และกลับมาพบแพทย์ตามนัดอย่างเคร่งครัด</p> <p>ประเมินผลการพยาบาล</p> <p>ผู้ป่วยพยักหน้า ญาติเข้าใจและรับปากจะกำชับผู้ป่วยให้ปฏิบัติตัว เมื่อได้รับการจำหน่ายจากการทำ PCI</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล (ต่อ)

ระยะหลังส่งต่อ (ที่ รพศ.สรรพสิทธิประสงค์)

วินิจฉัยทางการพยาบาล

กรณีศึกษาที่ ๑

กรณีศึกษาที่ ๒

๑. มีโอกาสเกิดความ

คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับ

ผู้ป่วยและข้อมูลต่าง ๆ

การพยาบาล

๑) เอื้ออำนวยความสะดวกในการยก

และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากรถ Refer

๒) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขณะ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถ Refer

๓) กำกับและติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ

โดยใช้หลัก CLEAR

๓.๑) C=Case Note โดยส่งข้อมูล

และเอกสารการ

๓.๒) L=Lab/X-ray, DTx และ EKG

๓.๓) E=Evaluation โดยการส่ง

ข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

๓.๔) A=Audit ขอข้อมูลสะท้อน

กลับเกี่ยวกับการติดต่อ ประสานงาน

และส่งผู้ป่วย เพื่อนำไปปรับปรุงและ

พัฒนาคุณภาพการ Refer ในครั้งต่อไป

๓.๕) R=Return Equipment

ตรวจสอบอุปกรณ์ที่นำมาขณะ Refer

และต้องนำกลับ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและข้อมูลต่าง ๆ ได้รับการส่งมอบ

ให้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ ณ ห้อง

อุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลแม่ข่าย

ไม่เกิดการคลาดเคลื่อนต่าง ๆ (Pitfall)

ของผู้ป่วยโรค STEMI Fast track

การพยาบาล

๑) เอื้ออำนวยความสะดวกในการยกและ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยลงจากรถ Refer

๒) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยขณะ

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถ Refer

๓) กำกับและติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ โดย

ใช้หลัก CLEAR

๓.๑) C=Case Note โดยส่งข้อมูลและ

เอกสารการ

๓.๒) L=Lab/X-ray, DTx และ EKG

๓.๓) E=Evaluation โดยการส่งข้อมูล

และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

๓.๔) A=Audit ขอข้อมูลสะท้อนกลับ

เกี่ยวกับการติดต่อ ประสานงาน และส่ง

ผู้ป่วย เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนา

คุณภาพการ Refer ในครั้งต่อไป

๓.๕) R=Return Equipment

ตรวจสอบอุปกรณ์ที่นำมาขณะ Refer

และต้องนำกลับ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและข้อมูลต่าง ๆ ได้รับการส่งมอบ

ให้แก่บุคลากรทีมสุขภาพ ณ ห้องอุบัติเหตุ

ฉุกเฉินของโรงพยาบาลแม่ข่าย ไม่เกิดการ

คลาดเคลื่อนต่าง ๆ (Pitfall) ของผู้ป่วย

โรค STEMI Fast track

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวินิจฉัยปัญหาและให้การพยาบาล (ต่อ)

วิเคราะห์เปรียบเทียบ กรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรค STEMI ทั้ง ๒ ราย มีวินิจฉัยการพยาบาล ที่เหมือนกัน แต่แตกต่างกันในส่วนของข้อมูลและรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละราย โดยในระยะฉุกเฉิน พบปัญหา ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้ O_๒ ให้ยา ASA gr V ยา Clopidogrel (๗๕ mg) และยา Streptokinase และประเมิน Chest pain score ๒) มีภาวะ Hyperglycemia ดูแลประเมินอาการน้ำตาลในเลือดสูงแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่ผิดปกติและให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที ๓) เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงยา Streptokinase ดูแล Drip ยาช้าๆ สังเกตอาการความดันโลหิตต่ำ เลือดออกง่ายหยุดยาก พร้อมเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีพ ๔) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ดูแลสร้างสัมพันธภาพที่ดี อธิบาย พยาธิสภาพและการดำเนินโรค การเตรียมส่งต่อ ระยะส่งต่อ (บนรถ Refer) พบปัญหา ได้แก่ ๑) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพ Monitor EKG ฝ้าระวังภาวะ Cardiac shock ๒) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ดูแลประเมินและติดตามอาการที่อวัยวะภายใน โดยเฉพาะในสมอง ประเมินภาวะ Hypovolemic shock และปัสสาวะ ระยะก่อนจำหน่าย (บนรถ Refer) พบปัญหา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความเข้าใจในดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ดูแลประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ แนะนำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการทำ PCI การรับประทานยาและการมาตรวจนัด ระยะหลังส่งต่อ (ที่ รพ. แม่ข่าย) พบปัญหา ได้แก่ ๑) มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับผู้ป่วยและข้อมูลต่าง ๆ ดูแลเคลื่อนย้ายและประเมินอาการผู้ป่วยขณะลงจากรถ Refer กำกับและติดตามให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ โดยใช้หลัก CLEAR

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการทีมงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ (ต่อ)

ข้อมูล	ตัวชี้วัด	ปี พ.ศ.		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มาใช้บริการ (ราย)	-	๒๗,๗๔๕	๒๔,๕๐๗	๓๑,๕๕๕
จำนวนผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ราย)	-	๑๒	๑๐	๑๒
จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยถูกต้อง (ราย)	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase ภายใน ๑๒๐ นาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการ	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลมาข่าย โดยระบบ Fast Track Stroke	ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
อัตราเสียชีวิตจากโรค STEMI	< ๕	๘.๓๓	๑๐.๐๐	๘.๓๓
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการของงานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	ร้อยละ ๘๐	๘๗	๘๙	๘๑

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ที่เข้ารับการรักษาก่อนที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ได้รับการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase ภายใน ๑๒๐ นาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยถูกต้อง และได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลไปยังแม่ข่าย โดยระบบ Fast Track STEMI โดยการให้การพยาบาล พร้อมกันนั้นต้องรีบเร่งตรวจประเมินสภาพร่างกาย ประเมินระบบประสาท ตรวจพิเศษต่าง ๆ ตามศักยภาพ โดยในระยะวิกฤตฉุกเฉินมีการตรวจประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งการจัดการดูแลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยลดโอกาสสูญเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ ได้ มีการจัดการพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยให้การรักษายาพยาบาลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเตรียมพร้อมอย่างเร่งด่วน ในการ Refer ทำการ Refer และส่งมอบผู้ป่วยให้โรงพยาบาลให้โรงพยาบาลทั่วไป โดยระยะต่อเนื่องและระยะก่อนจำหน่าย (อาจยังฉุกเฉิน) ระหว่างการ Refer ขณะอยู่บนรถ emergency และระยะจำหน่าย ผู้ป่วยขณะส่งต่อปลอดภัย ไม่เกิด Pitfall ในผู้ป่วย และผู้ป่วยและญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เมื่อรอดชีวิตและจำหน่ายกลับบ้าน เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้การเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้ป่วยและญาติมีระดับความพึงพอใจในการบริการของหอผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับจากที่ ๓ ปี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ในลักษณะของ STEMI fast track เพื่อเพิ่มความชำนาญในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

๖.๑.๒ เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ทางวิชาการ เพื่อนำความรู้สู่พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย

๖.๑.๓ จัดทำเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ในลักษณะของ STEMI fast track เพื่อเป็นข้อมูล อ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๑.๔ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มาฝึกอบรมดูงาน และนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงาน

๖.๑.๕ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๒ ผลกระทบ

จากการศึกษาผลของการพยาบาลโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ในลักษณะของ STEMI fast track จากการทบทวนระยะเวลาการประสานงานและขั้นตอนการส่งต่อรักษา ไปยังโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ยังเกิดผลกระทบในความล่าช้ากับกระบวนการประสานงาน การ consult ccu. ระหว่างการส่งข้อมูลผู้ป่วยการประเมินผล EKG ๑๒ lead ช่วงระยะรอคอยที่ ccu. ผลการประเมินตอบกลับใช้เวลา และระหว่างการประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับศูนย์ประสานใช้เวลาพอสมควร เนื่องจากระยะทางจากโรงพยาบาลน้ำเย็นกว่า ๑๑๐ กิโลเมตร กรณีผู้ป่วยอาการไม่คงที่ต้องแก้ไขก่อน จะใช้เวลาและการส่งต่อล่าช้า ยิ่งรอนานเสี่ยงต่ออาการผู้ป่วยทรุดลงก่อนส่งต่อ จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าวหน่วยงานได้ดำเนินการระบบ consult EKG. โดยตรงให้แพทย์เวร ประเมิน EKG. พร้อมกับ ccu. ลดระยะเวลารอคอย

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรค STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน พบประเด็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโรค STEMI คือการวินิจฉัยโรคให้ได้เร็วที่สุดเพื่อจะได้ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ๓ ได้ชี้แนะว่าการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการรอดชีวิตโดยตรง ในปัจจุบันมี ๒ วิธี ได้แก่ ใช้น้ำยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) และการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA หรือ Percutaneous Transluminal Intervention: PCI) โดยให้ข้อมูลว่าการใช้น้ำยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) สามารถลดอัตราการตายได้ ร้อยละ ๓๐ ถ้าให้ภายใน ๑ ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้ ร้อยละ ๒๕ ถ้าให้ภายใน ๒-๓ ชั่วโมง แต่จะลดอัตราการตายได้เพียง ร้อยละ ๑๘ ถ้าให้หลังมีอาการใน ๔-๖ ชั่วโมง จึงเป็นที่มาของการกำหนดเวลาในการวินิจฉัยโรคให้ได้เร็วที่สุดของแต่ละโรงพยาบาล ดังนั้นจากการศึกษาผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย จะพบว่าผู้ป่วยรายที่ ๒ โรงพยาบาลช้ากว่ารายแรกหลังจากแสดงอาการ ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้าไปด้วย ประกอบกับผู้ป่วยรายนี้ มีปัจจัยการเกิดโรค STEMI จากการเสพยาบ้า (Amphetamine) ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์ของยาบ้ามีผลทำให้หลอดเลือดหดตัว โดยเฉพาะที่หัวใจและสมอง ทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวจนเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดภายใน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

มีการเกาะกันของเกล็ดเลือดและไฟบริน จนทำให้เกิดการอุดตันหลอดเลือดแบบสมบูรณ์ เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ ส่งผลให้เกิดภาวะ STEMI ประกอบกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีความเสื่อมและความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้เกิดการปริแตกของหลอดเลือดได้ง่ายกว่าวัยกลางคน ๑๑ ด้วยสภาพผู้ป่วยรายที่ ๒ นี้ วิเคราะห์ได้ว่ามีปัจจัยการเกิดโรคที่รุนแรงกว่ารายที่ ๑ ส่งผลให้ขณะได้รับยา Streptokinase เกิดผลข้างเคียงของยา โดยแสดงอาการช็อก และหลังช็อกยังซึมจึงต้องช่วยเหลือโดยการใส่ TE-tube ก่อน Refer ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๑ สืบบุหรีวันละ ๑ ซองครึ่ง มาเป็นเวลา ๒๐ ปี วิเคราะห์ได้ว่า บุหรีมีสารนิโคตินทำให้หลอดเลือดแข็งตัว โดยเฉพาะหลอดเลือดในหัวใจ ๑๒ ซึ่งใช้เวลาสร้างความแข็งตัวมาอย่างต่อเนื่อง โดยประจวบเหมาะมีการปริแตกของหลอดเลือดภายใน ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดหัวใจแบบสมบูรณ์ เกิดเป็นโรค STEMI ทันที ซึ่งบทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องสามารถวิเคราะห์ปัจจัยการเกิดโรคได้ เพื่อให้คำแนะนำในการลด ละ เลิก ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ นี้ ขณะอยู่บนรถ Refer ซึ่งถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปทำ PCI แล้วก็ตาม ถ้าผู้ป่วยยังมีโรคปัจจัยเสี่ยงอยู่ อาจส่งผลให้เกิด โรค STEMI ที่ตำแหน่งอื่น ๆ เพิ่มเติม

ประเด็นสำคัญอีกประเด็นคือการส่งต่อผู้ป่วยโรค STEMI แบบช่องทางด่วน (STEMI fast track) จากโรงพยาบาลลูกข่ายไปยังแม่ข่าย เพื่อทำการขยายหลอดเลือดด้วยวิธีการทำ PCI บทบาทพยาบาลฉุกเฉินขณะ Refer ผู้ป่วย จะต้องมีความตื่นตัวเสมอ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคและระบบการส่งต่อแบบช่องทางด่วน โดยยึดหลัก โดยใช้หลัก CLEAR ทั้ง ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ติดตามประเมินอาการเมื่อเข้าห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อป้องกันการเกิด Pitfall๑๓ เพื่อผู้ป่วยโรค STEMI ที่ได้รับการส่งต่อแบบช่องทางด่วน ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รอดชีวิต สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ และลด ละ เลิก การบริโภคปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันจะกลับมาเป็นโรค STEMI ซ้ำได้อีก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการทั้งในด้านแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านบุคลากร ด้านครุภัณฑ์ และด้านผู้บริหาร ส่วนด้านผู้ป่วยไม่มีข้อร้องเรียนจากญาติและไม่เกิดความเสียหายต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาล ญาติสามารถวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้

๙. ข้อเสนอแนะ

การให้การดูแลผู้ป่วยดังกล่าวทางด้านการแพทย์ทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องมีการติดต่อประสานงานร่วมกันของสถานบริการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษา อย่างถูกต้องทั่วถึงและต่อเนื่อง ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลน้ำยั้นได้มีการพัฒนาระบบเชื่อมต่อประสานระหว่างสถานบริการแต่ละระดับในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินโดยการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) การส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ มีความเอื้ออาทรต่อกันและมีการวางระบบการส่งกลับเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างมีระบบ มีคุณภาพได้มาตรฐานและปลอดภัย ในด้านต่างๆดังนี้

๙.๑ ด้านบริหาร ผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาล ควรสนับสนุนและส่งเสริม ให้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้น ๆ จนกระทั่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ความรู้ทักษะสำคัญการทำงานอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเป็นหัวใจหลักของการทำงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๙.๒ ด้านบริการ บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้ารับมอบหมายให้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย อาการสำคัญเร่งด่วนที่ต้องเรียกหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายในเวลาที่กำหนด เห็นความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ แก่ผู้ป่วยและญาติ วางแผนในการให้ความรู้ สอน สาธิตในการปฏิบัติ และติดตามเยี่ยมประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและญาติในการดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนการเห็นความสำคัญในการไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของตนเองและดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมไม่เสริมแรงกระตุ้นอาการ ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขไม่เป็นภาระของสังคมและครอบครัว

๙.๓ ด้านเครือข่าย การดูแลผู้ป่วยควรเพิ่มศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แก่ บุคลากรในโรงพยาบาล ชุมชน ตลอดจน รพ.สต. หน่วยการแพทย์ระดับตำบล ข้าราชการ ผู้นำชุมชน ตลอดจนประชาชนเพื่อให้มีความสามารถในการประเมิน ช่วยเหลือและ ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ทันท่วงที การเชื่อมต่อประสานงาน การจัดการอบรมให้ความรู้ทักษะในการสังเกตอาการและสัญญาณในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย เข้าถึงบริการด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย

๙.๔ ด้านการศึกษา การจัดการอบรมวิชาการ การฝึกปฏิบัติควรเน้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบ ทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นผู้ให้ความรู้ และเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน เน้นการเป็นผู้ประสานงานที่ดีในทีมสุขภาพ

๙.๕ ด้านการวิจัย นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการทำวิจัยประเภท RbR ต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ในวารสาร ยโสธรเวชสาร ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ (เดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๖๗)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น สัดส่วนผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางละอองศรี มั่งมี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขณณ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น

วันที่ - ๕ ม.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI Fast Track โรงพยาบาลน้ำยิ้น

๒. หลักการและเหตุผล

การทำงานอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยเป็นหัวใจหลักของการทำงานในท้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังนั้นแม้ว่าจะมีการรักษาที่ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยหายเจ็บป่วยมีอาการดีขึ้น หรือได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานแล้วก็ตามแต่โรคหรือความเจ็บป่วยบางประเภทยังต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วนและทันที่เพราะมีอุบัติการณ์เกิดทุพพลภาพหรืออัตราตายสูง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองหรืออุบัติเหตุต่างๆโรคดังกล่าวไม่เพียงมีอัตราเสียชีวิตหรือทุพพลภาพสูงติดอันดับต้นๆของจังหวัดอุบลราชธานีเท่านั้น แต่ยังมีติดอันดับสูงสุดของประเทศไทยด้วยส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุ ที่มีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากสาเหตุความไม่รู้หรือไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วเพียงพอ ดังนั้นเราจึงมีการรักษาที่รวดเร็วมากขึ้นในโรคดังกล่าวจะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้หรือเกิดภาวะทุพพลภาพน้อยที่สุด

STEMI Fast Track เดิมเป็น Fast Track ที่ช่วยผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตั้งแต่ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลชุมชนเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการรักษา คือโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ กรณีอาการผู้ป่วยไม่คงที่ จากเดิมโรงพยาบาลน้ำยิ้นไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์เท่านั้น เริ่มจากปี๒๕๕๖ ได้มีการพัฒนาบุคลากรในการบริการยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้มีความสะดวกรวดเร็วสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ภายในเวลา ๔ ชั่วโมง ๓๐ นาที ก่อนการส่งต่อ Fast Track ไปยังโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์เพื่อทำหัตถการที่เหมาะสมในลำดับต่อไป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ชนิดที่ขาดเลือดแบบมีการยกขึ้นของ ST segment (ST-segment elevated myocardial infarction: STEMI) เกิดจากการอุดตันหรือตีบตันรุนแรงจากลิ่มเลือดของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง อุบัติการณ์การเกิดโรคในอเมริกา พบว่าประชากร ๖๕๕,๐๐๐ คน มีอาการของโรคและในจำนวนนี้เสียชีวิต ๑ ใน ๕ คน และเป็นผู้ที่เป็โรคนี้ ๒ ใน ๑๐ คน มีอายุต่ำกว่า ๖๕ ปี ในเอเชียแปซิฟิก พบผู้ที่เป็นโรคนี้ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ในผู้ชายร้อยละ ๕๒.๐ ในผู้หญิงร้อยละ ๔๒.๕๐ และในจำนวนผู้ป่วยโรคนี้ พบเป็นผู้ชาย ร้อยละ ๕.๐ และผู้หญิง ร้อยละ ๓.๒ เสียชีวิตจากโรคนี้ เป็นผู้ชาย ๑,๗๓๔ คน และผู้หญิง ๑,๑๘๔ คน ส่วนประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือด ๓๑.๘ ต่อประชากร แสนคน เป็น ๓๑.๘ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง๓ การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ทำให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อประเทศชาติเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและระดับคุณภาพชีวิตของประชากร ต่อสังคมที่ต้องพบเจออาการของผู้ป่วยซึ่งต้องให้การช่วยเหลือทั้งการใช้เครื่อง AED ช่วยชีพและเรียกบริการรถฉุกเฉิน ต่อครอบครัวซึ่งครอบครัวต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในครอบครัว และที่สำคัญคือตัวผู้ป่วยเอง นอกจากจะทุกข์ทรมานกับการอาการแล้วการที่ผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการทำงานหัวใจลดลง อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและภาวะหัวใจล้มเหลว อันจะนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ ครอบครัว โรคเรื้อรัง และการเสพสารเสพติด ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เสพแอมเฟตามีน กัญชา พฤติกรรมส่วนตัว ได้แก่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานผักผลไม้ไม่พอ และความเครียด อาการสำคัญที่นำมา ได้แก่ เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น เหนื่อย เหงื่อแตก อาจหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินและอันตรายแก่ชีวิต

ดังนั้นการรักษาโรคเพื่อให้รอดชีวิต และมีพยากรณ์คุณภาพชีวิตที่ดีต้องเริ่มต้นที่การประเมินอาการและวินิจฉัยโรคอย่างเร่งด่วนเป็นนати ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษาให้ทันเวลา และเร่งรีบบริหารจัดการเวลาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดอย่างเร่งด่วนในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ

การส่งต่อผู้ป่วย STEMI ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีความจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous coronary intervention: PCI) ซึ่งถ้าจะให้มีความพยากรณ์โรคที่ดีต้องทำภายใน ๑๒๐ นาที แต่ภายใต้ศักยภาพของโรงพยาบาลทุติยภูมิไม่สามารวตอบสนองผู้ป่วยในการรักษาได้ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓ ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยมีอาการ แต่หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วหลอดเลือดหัวใจแล้วหลอดเลือดหัวใจจะเปิด จะต้องส่งผู้ป่วยไปทำ PCI ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยเร็ว ซึ่งไม่ควรเกิน ๒๔-๗๒ ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด ดังนั้นการพยาบาลจะต้องสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานเวลาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติ

โรงพยาบาลน้ำเย็น เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รับผิดชอบรักษาและให้การพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโรค STEMI ก่อนส่งต่อแบบช่องทางด่วนไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จากสถิติ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการทั้งหมด จำนวน ๒๗,๗๔๓ , ๒๔,๕๐๗ และ ๓๑,๕๕๕ ราย ตามลำดับ และพบว่า มีผู้ป่วยโรค STEMI เข้ารับบริการฉุกเฉิน จำนวน ๑๒, ๑๐ และ ๑๒ รายตามลำดับ และทั้ง ๓ ปี ผู้ป่วยมีระยะเวลาคัดกรองจนถึงทำ EKG ภายใน ๑๐ นาที ร้อยละ ๑๐๐ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงให้ยา Streptokinase ภายใน ๑๒๐ นาที ร้อยละ ๑๐๐ อัตราผู้ป่วยโรค STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๑๐๐ และอัตราเสียชีวิตจากโรค STEMI ร้อยละ ๘.๓๓, ๑๐.๐๐ และ ๘.๓๓ ตามลำดับ จากอัตราการเสียชีวิตพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต ณ ห้องฉุกเฉินจำนวนปีละ ๑ คน เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตพบว่าญาติพาผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินล่าช้า มีระยะเวลามากกว่า ๒ ชั่วโมง โดยไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรค STEMI และพื้นที่ห่างไกลจากบริการรถฉุกเฉิน ในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินจะต้องมีความตื่นตัวในการปฏิบัติงานเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการประเมินเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องให้ทันตามระยะเวลามาตรฐาน ได้รับการวินิจฉัยโรคทันเวลาและได้รับยา Streptokinase ภายใน ๑๒๐ นาที และได้รับการทำ PCI ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

ผู้เสนอผลงานในฐานะหัวหน้าห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ตระหนักในปัญหาของผู้ป่วยดังกล่าว-มีความต้องการให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา ผู้ป่วยรอดชีวิต เกิดความพิการที่สามารถฟื้นฟูได้อย่างรวดเร็ว แต่ห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ยังไม่มีระบบการช่วยเหลือ ดูแลและให้การพยาบาลที่เป็นมาตรฐานของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยตรง ที่ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติตามเป็นแนวทางเดียวกัน กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จึงนำมาซึ่งการพัฒนากระบวนการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ Fast track ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในครั้งนี้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากบริบทของโรงพยาบาลน้ำเย็น เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ไม่สามารถทำ PCI ได้ แต่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจะต้องบริหารจัดการเวลาเพื่อให้ได้รับยา Streptokinase และส่งต่อผู้ป่วยส่งถึงโรงพยาบาลที่มี

ศักยภาพสูงกว่า พร้อมทั้งต้องดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยเบื้องต้นให้ปลอดภัย ซึ่งหมายถึงการมีความยุ่งยากของการพยาบาลในขั้นตอนการ Assessment ที่พยาบาลต้องร่วมกับแพทย์ทำการประเมินสภาพร่างกาย เพื่อการการวินิจฉัยโรค เริ่มต้นจากประวัติในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกคล้ายของหนักทับ อาการมักเป็นนานมากกว่า ๑๕ - ๒๐ นาที อาจมีอาการร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้าย คอ และหลังได้ นอกจากนี้ยังมีอาการสำคัญอื่น ๆ ที่พบร่วมได้ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม อย่างไรก็ตามผู้ป่วยประมาณร้อยละ ๓๐ มีอาการเจ็บ หน้าอกที่ไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวานหรือ ผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมาด้วยอาการเหนื่อย หรืออาการหัวใจล้มเหลวมากกว่าอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยและรับทำ EKG เป็นสิ่งที่จะช่วยวินิจฉัยได้เร็วที่สุด ซึ่งต้องมีการ Assessment ควบคู่ไปกับ Nursing diagnosis, Planning และ Implement ตลอดเวลา โดยการเปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยา Streptokinase พร้อมทั้งให้การพยาบาลเบื้องต้น ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเตรียมพร้อมอย่างเร่งด่วนในการ Refer ทำการ Refer และส่งมอบผู้ป่วยให้โรงพยาบาลปลายทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทำ PCI ซึ่งบุคลากรประจำห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการปฏิบัติการพยาบาลของแต่ละบุคคลที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรเช้า บ่าย คึก แตกต่างกันไปใบรายละเอียด ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน จากการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาข้างต้น พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกัน พบรายละเอียดที่จะนำมาพัฒนางาน ดังนี้

๑. ควรพัฒนาระบบ EMS ให้ครบทุกตำบล และชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ ๑๖๖๙ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการ

๒. จัดทำแผนที่ตำบลและหมู่บ้านในอำเภอน้ำยืน และตำบลที่ตั้งของหน่วย EMS เพื่อให้สามารถสื่อสารกับ ผู้รับบริการได้ พร้อมให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

๓. จัดประชุมชี้แจง และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะ STEMI FAST TRACK แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ทุกที่ในเขตอำเภอน้ำยืน ตัวแทนกำนันผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน ส่วนราชการ ภายนอก ศูนย์แปลและด่านหน้าที่ให้บริการ มีความเข้าใจเรื่องอาการสำคัญและความเสี่ยงที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที เพื่อให้บุคลากรเหล่านี้มีการเตรียมความพร้อมการช่วยเหลือผู้ป่วยลงจากรถ Emergency ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย โดยให้เจ้าหน้าที่ศูนย์แปลและด่านหน้าสามารถให้การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ส่งถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI Fast Track ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืน

๓.๒ แนวคิด-ข้อเสนอ

ผู้เสนอผลงานขอเสนอแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วย ด้วยการพัฒนาระบบการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลน้ำยืน มีเป็น ๓ ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑

๑. ทบทวนและวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา (Root cause analysis) ข้างต้น รวมทั้งรวบรวมข้อเสนอแนะของหน่วยงานอื่น ๆ ที่รับผิดชอบผู้ป่วยร่วมกัน พบรายละเอียดที่จะนำมาพัฒนาระบบการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๒. ค้นหาและรวบรวมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK แล้วนำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืนให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ ๒

กำหนดกิจกรรมที่ต้องทำเพื่อจัดให้เป็นระบบ และให้มีแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ fast track ประกอบด้วย

๑. พัฒนาระบบการคัดกรองและการประเมิน มีการจัดระบบให้ปฏิบัติดังนี้

๑.๑ จัดอบรมให้ความรู้ เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และเน้นย้ำระยะ STEMI FAST TRACK แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ EMS กำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขพร้อมทั้งอธิบายอาการเจ็บหน้าอก ให้มีความชัดเจนและครอบคลุม การคิดแผนความรู้เรื่องโรคและเบอร์โทรศัพท์สายตรงเพื่อเข้าถึงบริการในหมู่บ้าน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ EMS รับนำผู้ป่วยส่งห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำเย็น โดยเร็ว

๑.๒ วางแผนประสานงานเกี่ยวกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูง CVD risk ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM และ HT ทั้งที่อยู่ในคลินิกของโรงพยาบาล และ รพ.สต.ทุกแห่ง

๒. พัฒนาระบบการดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย โดยปฏิบัติดังนี้

๒.๑ ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนที่มีลักษณะอาการและอาการแสดงเข้าได้กับระยะ STEMI FAST TRACK เข้าสู่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทันที รวมถึงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวดเร็ว ปลอดภัย ทันเวลา

๒.๒ ร่วมกับแพทย์จัดทำ CPG เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI พร้อมทั้งประชุมชี้แจงให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนปฏิบัติตาม CPG, และคัดกรองคัดแยกผู้ป่วย ด้วย Check pain Check list ทุกรายที่สงสัย STEMI

๒.๓ จัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ระบบ STEMI FAST TRACK เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม ในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตาม CPG เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทำ PCI ไม่เกิน ๔ ชั่วโมง ๓๐ นาที ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับยา Streptokinase

๒.๔ จัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (NCDs) ได้ออกคัดกรองโรคกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จัดทำ Mapping ปิกหมุดการเข้าถึงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง CVD risk ในเขตอำเภอเมืองน้ำเย็นทุกราย เพื่อความรวดเร็วในการออก EMS รับผู้ป่วย ปลอดภัย ทันเวลา

๒.๕ วางแผนประสานทุกหน่วยงาน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกลุ่มเสี่ยง โดยถ้ามีอาการเข้ากันได้กับ STEMI FAST TRACK ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

๒.๖ ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรศัพท์ระบบ EMS คือ ๑๖๖๙ และ ๐-๔๕๓๗-๑๐๙๗ ซึ่งเป็นเบอร์โทรศัพท์ โดยตรงหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลน้ำเย็น เพื่อให้สามารถขอความช่วยเหลือในกรณีมีเหตุฉุกเฉิน

๒.๗ ประสานงานทีม PCC ในการติดตามดูแลผู้ป่วย STEMI หลังจำหน่าย โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิด STEMI ซ้ำ หรือภาวะ CHF

๓. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการจัดระบบดังนี้

๓.๑ จัดอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการซักประวัติ ประเมินสภาพ คัดกรอง และการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้กับพยาบาลวิชาชีพทุกคน โดยร่วมกันกับแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้

๓.๒ จัดส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าอบรมเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ที่มีการจัดการอบรมขึ้นนอกโรงพยาบาล

๓.๓ จัดส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมประชุมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลพระยุพราชเดชอุดม และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI FAST TRACK

๓.๔ จัดส่งพยาบาลวิชาชีพอบรมและพัฒนาเป็น Project Manager (PM.) รับผิดชอบงาน STEMI ครอบคลุมทุกตัวชี้วัด ข้อมูลต่างๆลงระบบโปรแกรม รายงาน และจัดโครงการอบรมประจำปี

ขั้นตอนที่ ๓

๑. นำเสนอการพัฒนาระบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI Fast Track ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยิ้น ในที่ประชุมประจำเดือน ต่อหัวหน้ากลุ่มงาน การพยาบาล ทารือกับกับทีมพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเภสัชกร คนไข้ ศูนย์แม่และเจ้าหน้าที่บริการด้านหน้า และทุกคนที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับแก้กิจกรรมให้ตรงกับบริบทของห้องผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉิน และชุมชนในเขตอำเภอเมืองน้ำยิ้นให้มากที่สุด

๒. นำระบบการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปรีกษาแพทย์ผู้ชำนาญการ และแพทย์ในโรงพยาบาลเพื่อปรับแก้กิจกรรมให้ เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลน้ำยิ้น เพื่อทำการขอเสนอใช้ระบบต่อไป

แผนการดำเนินงานต่อไป

๑. แจ้งบุคลากรทุกคนในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และทุกระดับให้รับทราบแล้ว ปฏิบัติกิจกรรมตามระบบการ ดูแลและการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK เริ่มตั้งแต่การคัดแยก คัดกรอง การประเมินผู้ป่วยด้วย Check pain Check list, Early EKG.การลงรายงานโปรแกรม STEMI เป็น Real time ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

๒. แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK ในเขตอำเภอเมืองน้ำยิ้น ให้รับทราบและปฏิบัติตามระบบที่กำหนดไว้

๓. การจัดอบรมโครงการพัฒนาความรู้ทักษะ การเฝ้าระวังอาการเสี่ยงในผู้ป่วย STEMI ให้กับส่วนราชการ ภายนอก ผู้นำชุมชน สถานประกอบการตามความเหมาะสม เป็นไปตามนโยบาย Safety Tourist ทั้ง STEMI, Stroke รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) และการใช้ AED การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๔. การจัดเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ ยา เครื่องมือช่วยชีวิต เครื่องมือช่วยวินิจฉัย เทคโนโลยี การ ติดต่อสื่อสารให้เพียงพอเหมาะสม

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย
๒. มีระบบและแนวทางใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยิ้น
๓. บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความสามารถประเมิน คัดกรอง และวินิจฉัยผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ได้ถูกต้อง
๔. บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีการดูแลรักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ตาม CPG
๕. บุคลากรและเจ้าหน้าที่ EMS นำผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ส่งห้องฉุกเฉิน เพื่อรับยา Streptokinase ได้ตาม เกณฑ์ชีวิตของโรงพยาบาล
๖. ผู้ป่วย DM และ HT มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีระบบการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระยะ FAST TRACK ของห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยิ้น เกิดขึ้น จำนวน ๑ ระบบ
๒. ผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ได้รับการประเมินคัดกรองและวินิจฉัยถูกต้อง ร้อยละ ๑๐๐
๓. ผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ได้รับยา Streptokinase ภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังมีอาการแสดง ร้อยละ ๑๐๐
๔. ผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ โดยระบบ Fast Track STEMI ร้อยละ ๑๐๐
๕. ผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ได้รับการส่งต่อ เพื่อไปรับการทำการ PCI ภายในระยะเวลา ไม่เกิน ๔ ชั่วโมงหลังได้รับยา Streptokinase ร้อยละ ๑๐๐
๖. ผู้ป่วย STEMI FAST TRACK ได้รับการดูแลรักษาและให้การพยาบาลตาม CPG ร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ)



(นางจิราลักษณ์ กลางถิ่น)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง วิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๖ รวม ๘ เดือน

กิจกรรม	๒๕๖๖								๒๕๖๗	
	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.
๑. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	√									
๒. เขียนโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญวิจัยสร้างเครื่องมือวิจัย	√									
๓. ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย		√	√							
๔. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ขอเก็บรวบรวมข้อมูล			√							
๕. เสนอโครงการแก่คณะกรรมการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย				√						
๖. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล					√	√	√	√		
๗. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและบันทึกในคอมพิวเตอร์									√	
๘. วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล									√	
๙. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย									√	
๑๐. เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์										√
๑๑. เผยแพร่งานวิจัย										√

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้

๓.๑.๑ แนวคิดการคลอด

๑) ระยะของการคลอด

การคลอด (Labor) เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้น เพื่อขับดันสิ่งปฏิสนธิที่อยู่ในภายในโพรงมดลูกอันได้แก่ ทารก รก เยื่อหุ้มเด็ก และน้ำคร่ำออกจากโพรงมดลูกสู่ภายนอก ซึ่งระยะของการคลอด แบ่งเป็น ๔ ระยะ

๒) การเปลี่ยนแปลงของสรีระวิทยาระบบต่าง ๆ ขณะคลอด

๓) การพยาบาลระยะคลอด

๓.๑) การพยาบาลในระยะที่ ๑ ของการคลอด

๒.๒) การพยาบาลในระยะที่ ๒ ของการคลอด

๒.๓) การพยาบาลในระยะที่ ๓ ของการคลอด

๒.๔) การพยาบาลในระยะที่ ๔ ของการคลอด

๓.๒.๒ ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

๑) ภาวะตกเลือดก่อนคลอด

๒) Cephalopelvic Disproportion (CPD)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้ (ต่อ)

๓.๒.๒ ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (ต่อ)

- ๓) Pre-eclampsia
- ๔) Preterm labor
- ๕) Fetal distress
- ๖) Breech presentation
- ๗) Twins
- ๘) Retained placenta
- ๙) Postpartum hemorrhage (PPH)

๓.๒.๓ แนวคิดการส่งต่อ

๑) ความหมาย

- ๑.๑) ระบบการรับส่งต่อ (Referral system)
- ๑.๒) การส่งต่อ (Refer out)
- ๑.๓) การรับการส่งต่อ (Refer in)
- ๑.๔) การส่งกลับ (Refer back)
- ๑.๕) การรับกลับ (Refer receive)

๒) วัตถุประสงค์

- ๓) บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของสถานพยาบาลผู้ส่งและสถานพยาบาลผู้รับการส่งต่อ

๓.๒.๔ แนวคิดความรู้

- ๑) แนวคิดของการเรียนรู้
- ๒) กรวยประสบการณ์ (Cone of Experience)

๓.๒.๕ แนวคิดความพึงพอใจ

- ๑) ความหมายความพึงพอใจ
- ๒) แนวคิดความพึงพอใจ

๓.๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๓.๓ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยิ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญของการพยาบาลในการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยาก ดังนี้

๓.๓.๑ งานห้องคลอด

๑) ประเมินสภาพปัญหา จำแนกการตั้งครรภ์ วินิจฉัยความผิดปกติในการตั้งครรภ์ที่อาจจะเกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้อง เพื่อช่วยในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

๒) ประเมินวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้มาคลอดทุกสภาวะ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พร้อมทั้งตัดสินใจให้การพยาบาลช่วยเหลือได้ทันห่วงขณะที่เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๓ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๓) ให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการเตรียมผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งลงบันทึกทางการพยาบาล และประเมินผล

๔) เตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ในการคลอดอย่างครบถ้วนและเพียงพอต่อการใช้งาน

๕) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ตรวจสอบความก้าวหน้าของการคลอด และให้การพยาบาลตามความต้องการและปัญหาของผู้คลอด

๖) ทำคลอดในรายปกติ ตั้งแต่ระยะคลอดทารก คลอดรก และเย็บแผลผู้คลอดตามมาตรฐานการพยาบาล

๗) ช่วยแพทย์ทำคลอดในรายผิดปกติ หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ใช้เครื่องสูญญากาศดึงเด็กออก หรือใช้คีมช่วยคลอด

๘) เตรียมผู้คลอดเพื่อทำการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ตามผลเอ็กซเรย์ และผลชันสูตรต่าง ๆ

๙) ปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้คลอดและทารกแรกเกิดที่มีปัญหาวิกฤต รวมทั้งทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อย

๑๐) ควบคุมและเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน

๑๑) ตรวจสอบความเรียบร้อยในการรับ-ส่งมารดาทารก และวางแผนการจำหน่ายให้ถูกต้อง

๓.๓.๒ งานหลังคลอด

๑) ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามมาตรฐานวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลมารดาและทารก ในระยะหลังคลอด การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมปลอดภัย

๒) ให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะผิดปกติหลังคลอดตามสภาพปัญหา ตามความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อย่างต่อเนื่อง ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๓) วินิจฉัยปัญหาวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งในระยะแรกรับ ต่อเนื่อง และก่อนจำหน่าย

๔) จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ ให้เหมาะสมสอดคล้องกับการตรวจวินิจฉัย และแผนการรักษาของแพทย์ ตลอดจนจนวชภัณฑ์มาให้พร้อมและเพียงพออย่างเป็นระเบียบอยู่ในสภาพพร้อมใช้ทันที

๕) เฝ้าระวังอันตราย ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยสังเกต บันทึกอาการ เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๖) สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังคลอด ให้สามารถ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

๗) ส่งเสริมให้มารดาญาติ และครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเอง ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและฟื้นฟูสภาพ เพื่อกลับไปดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน โดยใช้รูปแบบการจัดการบริการพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง

๘) บันทึกอาการ อาการแสดง และลงรายงานการพยาบาลให้เป็นไปอย่างถูกต้อง รวดเร็วเหมาะสม และทันที่

๙) ประเมินผลการรักษาพยาบาล ปรับแก้เมื่อไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ (ต่อ)

๑๐) สอน แนะนำเทคนิคเฉพาะทาง การดูแลมารดาที่มีภาวะผิดปกติหลังคลอด และปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องแก่เจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา ตลอดจนนักศึกษาพยาบาล ผู้มาดูงานและฝึกปฏิบัติงานในหน่วยงาน

๓.๓.๓ ให้การพยาบาลตามประเภทผู้ป่วย

๑) ด้านมารดา

ทำคลอดปกติ หญิงตั้งครรภ์ร้อคลอด มารดาหลังคลอด ทำคลอดมารดา No ANC คลอดมารดาที่มีผล HIV Positive ผังยาคุมกำเนิด มารดาได้รับการส่งต่อ (Refer) มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน มารดาตกเลือดหลังคลอด และมารดามีรกค้าง

๒) ด้านทารก

ช่วยชีพทารกแรกเกิด ทารกมีภาวะตัวเหลือง และได้ On photo therapy ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth asphyxia ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

๓.๓.๔ สมรรถนะหัวหน้างานห้องคลอด

๑) กำหนดทิศทางการบริการพยาบาล ได้แก่ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายการบริการพยาบาล รวมทั้งแนวทางการพัฒนาบริการพยาบาลในสาขาการพยาบาลผู้คลอดและหลังคลอด

๒) กำหนดมาตรฐานการบริการพยาบาลในสาขาที่รับผิดชอบสอดคล้องกับภาพรวม มาตรฐานกลาง มาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งกำหนดกลวิธีกรนำ มาตรฐานไปใช้

๓) สำรวจ วิเคราะห์หาปริมาณความต้องการกำลังคนทางการพยาบาล และจัดสรรบุคลากร ในหน่วยงานที่รับผิดชอบให้เหมาะสมและตรงกับคุณสมบัติเพื่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

๔) กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ ของบุคลากรทุกระดับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละระดับในหน่วยงานที่รับผิดชอบ

๕) ควบคุม ติดตาม และกำกับระบบบริการพยาบาลในหน่วยงานที่รับผิดชอบ ให้ดำเนินงานตามทิศทาง เป้าหมายและแนวทางที่กำหนด

๖) ติดตามประเมินผลการจัดบริการพยาบาล พร้อมทั้งสนับสนุนช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาล

๗) จัดหา ควบคุมพัสดุ ครุภัณฑ์เครื่องมือทางการแพทย์และการพยาบาลให้เพียงพอกับการใช้งานอย่างทั่วถึง

๘) เป็นที่ปรึกษาทางการพยาบาล ให้คำแนะนำ วินิจฉัยและแก้ปัญหาที่สำคัญทางการพยาบาล ให้เป็นไปตามนโยบายและแผนงานที่กำหนดไว้และเสนอแนะข้อควรปรับปรุงแก้ปัญหาต่าง ๆ

๙) ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรการพยาบาลในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดำเนินได้ตามเป้าหมาย

๑๐) นิเทศ ติดตาม ช่วยเหลือ และประเมินผลการพยาบาลในหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและมีคุณภาพ

๑๑) ร่วมในการเยี่ยมตรวจงานทางการพยาบาล (Grand round) กับหัวหน้าพยาบาล กรณีเยี่ยมตรวจในหน่วยงานที่รับผิดชอบ

๑๒) ร่วมกิจกรรมเยี่ยมตรวจโรงพยาบาล (Hospital round) กับผู้บริหารระดับสูง และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล กรณีมาเยี่ยมตรวจหน่วยงานในความรับผิดชอบ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมา

การพยาบาลทางสูติกรรม เป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่ตั้งครรภ์ไปจนถึงคลอดบุตร โดยให้การดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด เพื่อให้มารดาและทารกมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ เป็นการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอันจะส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์, ม.ป.ป.) ซึ่งผู้ป่วยสูติกรรมเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ เช่น ระยะคลอด ได้แก่ Preterm labor, Pregnancy Induced Hypertension (PIH), Placenta previa, Previous Cesarean section, Cephalopelvic disproportion และ Abruptio placenta ส่วนทารก ได้แก่ Fetal distress, Twins และ Abnormal presentation ระยะหลังคลอด ได้แก่ Retained placenta, Post partum hemorrhage (PPH) และ Medical complication (เพื่อลงดา ทองประเสริฐ, ๒๕๕๗; กลุ่มงานการพยาบาล, ๒๕๖๕) ผู้ป่วยฉุกเฉินทางสูติกรรมจำเป็นต้องให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินคุกคามชีวิตทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี ๒๕๖๓ พบการตายของมารดาในโลก จำนวน ๒๘๗,๐๐๐ ราย แต่แนวโน้มระหว่างปี ๒๕๕๓ ถึง ๒๕๖๓ มีอัตราส่วนการตายของมารดา (จำนวนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน) ลดลงประมาณ ๓๔% ทั่วโลก และร้อยละ ๙๕ เกิดในประเทศด้อยและกำลังพัฒนา (WHO, ๒๐๒๓) และทวีปเอเชียรายงานจากองค์การสหประชาชาติ ระหว่างปี ๒๕๕๓ ถึง ๒๕๖๓ พบว่ามีร้อยละของการตายโดยรวมของมารดาลดลงจาก ๓๙๗ เป็น ๑๒๙ ของการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน หรือลดลง ร้อยละ ๖๗.๕๐ (UN, ๒๐๒๓) ส่วนประเทศไทยรายงานจากกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราส่วนการตายมารดาไทย ในปี ๒๕๖๕พบว่ามีจำนวน ๑๒๙ คน คิดเป็นอัตราส่วน ๒๕.๘๖ คน ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน และเขตสุขภาพที่ ๑๐ พบว่ามีจำนวน ๙ คน คิดเป็นอัตราส่วน ๒๘.๔๘ คน ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน (กรมอนามัย, ๒๕๖๖) โดยประเทศไทยจัดเป็นประเทศกำลังพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยในระดับโรงพยาบาลชุมชนและระดับปฐมภูมิยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องมีระบบส่งผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่ปลอดภัยทั้งผู้คลอดหรือมารดาหลังคลอดและทารกในครรภ์และส่งต่อได้ทันเวลาตามระยะห่างของโรงพยาบาลมาช่วย

ระบบการรับส่งต่อ (Referral system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้น เพื่อให้บริการ รับส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่าง สถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ หลังส่งต่อ และการส่งต่อทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพ เหมาะสมกับขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ โดยผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง ในแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ดติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญ ระดับสูง (Excellent center) ซึ่งประกอบไปด้วย การส่งต่อ (Refer out) หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพอื่น เนื่องจากเกินศักยภาพของตนหรือด้วยข้อจำกัดอื่น ๆ ที่จำเป็น ซึ่งสามารถให้บริการที่เหมาะสมกว่า เพื่อปรึกษาชั้นสูติกรวินิจฉัยรักษาต่อหรือเพื่อการรักษา โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือวินิจฉัยที่ทันสมัย ซึ่งอาจจะเป็นสถานพยาบาลในระดับเดียวกันหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (กองบริหารการสาธารณสุข, ๒๕๖๒) ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน จึงหมายถึงการส่งผู้ป่วยสูติกรรมที่มีปัญหาในระยะเข้าสู่การคลอด ตั้งแต่ระยะที่ ๑ ถึงระยะที่ ๔ ได้แก่ ไปรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เนื่องจากปัญหาทางสูติกรรมนั้นเกินศักยภาพของตนหรือด้วยข้อจำกัดอื่น ๆ ไม่สามารถให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมา (ต่อ)

โรงพยาบาลน้ำยั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ระดับ F๒ (First-level hospital) (โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง) มีพื้นที่ติดชายแดนกัมพูชาและลาว ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสูติกรรมและการสำรองเลือดที่ไม่เพียงพอ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วยสูติกรรมจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S (Standard-level hospital) ระยะห่าง ๕๐ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ๑ ชั่วโมง และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A (Advance-level hospital) ระยะห่าง ๑๑๐ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ๑.๓๐ ชั่วโมง การส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินนั้นต้องมีบุคลากรเป็นทีมที่สามารถประสานกันได้ อย่างรวดเร็วและมี ประสิทธิภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล พนักงานเวรเปล และพนักงานขับรถ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในระบบการส่งต่อ ได้แก่ ๑) ประเมินผู้ป่วย/สรุปปัญหา/ให้การพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเตรียมพร้อมก่อนการส่งต่อ ๒) Identify ผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย ทุกครั้งก่อนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงใบ Refer และ แบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วน พร้อมผลการตรวจพิเศษ เช่น ผล Lab/X-Ray/EKG/NST/U/S ๓) ตรวจสอบรถพยาบาล อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ให้พร้อมที่จะใช้งานระหว่างนำส่งผู้ป่วย ๔) ประสานงานสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วย ทางโทรศัพท์ก่อนที่จะส่งผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ สกุล อายุ การวินิจฉัยโรค อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับแล้ว สาเหตุที่ Refer ๕) ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหาก่อนการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะ Refer ๖) ควรให้ผู้ป่วย/ญาติผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ลงนามยินยอมให้มีการส่งต่อผู้ป่วย (กองบริหารการสาธารณสุข, ๒๕๖๒) โดยเฉพาะพยาบาลต้องตลอดต้องมีความรู้ความชำนาญทั้งการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระยะคลอด การพยาบาลผู้คลอด และการพยาบาลมารดาหลังคลอด และการพยาบาลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินเหล่านี้บนรถ Refer ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการท้าวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาวิจัยแบบวิจัยและพัฒนา (Research and development) ที่ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) เพื่อศึกษาสภาพการณ์ของบุคลากรทางสูติกรรมและความต้องการของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ๒) พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยั้น ๓) นำระบบไปใช้ และ ๔) ประเมินผลการพัฒนาระบบ โดยการกำหนดตัวชี้วัดผลการวิจัยและผลการปฏิบัติงานเป็นตัวแปรตาม และเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อพัฒนางานที่ประจำอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ทั้งนั้นเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอดและทารกในครรภ์และมารดาหลังคลอดต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล ปัญหาผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๓ เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินการตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๓ คำถามการวิจัย

๔.๓.๑ สภาพการณ์ ข้อมูล ปัญหาผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

๔.๓.๒ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๓ คำถามการวิจัย (ต่อ)

๔.๓.๓ ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

๔.๔.๑ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ปรับปรุงแบบแผนการวิจัยมาจาก สกสสุภา อภิชัยบุญโชค (๒๕๖๕) ประกอบด้วย ๔ ระยะ คือ ระยะที่ ๑ Analysis ระยะที่ ๒ Design and Development ระยะที่ ๓ Implementation และระยะ ที่ ๔ Evaluation โดยเก็บข้อมูลวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative data)

๔.๔.๒ พื้นที่ในการวิจัยคือห้องคลอดโรงพยาบาลน้ำเย็น อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๔.๓ กลุ่มตัวอย่าง

๑) ระยะที่ ๑ และ ๒ เป็นทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งต่อ ได้แก่ แพทย์ จำนวน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๘ คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๒ คน พนักงานขับรถ จำนวน ๒ คน รวมทั้งหมด จำนวน ๑๔ คน

๒) ระยะที่ ๓-๔ เป็น

๒.๑) จำนวนแพทย์ ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๘ คน นักเทคนิคการแพทย์ จำนวน ๒ คน และพนักงานขับรถ จำนวน ๒ คน รวมทั้งหมด จำนวน ๑๔ คน

๒.๒) ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน ๖๓ คน

๔.๔.๔ จำนวนครั้งที่พยาบาลวิชาชีพ หรือพนักงานขับรถ มาไม่ทันเวลาในการส่งต่อ เปรียบเทียบก่อนและหลังปฏิบัติตามระบบ

๔.๔.๕ จำนวนครั้งของข้อร้องเรียนของผู้ป่วยหรือญาติต่อการดำเนินการในการส่งต่อลำช้าเปรียบเทียบก่อนและหลังปฏิบัติตามระบบ

๔.๔.๖ ดำเนินการวิจัย

๑) ระยะที่ ๑ ในช่วง วันที่ ๑ พฤษภาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๓ เดือน

๒) ระยะที่ ๒ ในช่วง วันที่ ๑ สิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖ รวมระยะเวลา ๒ เดือน

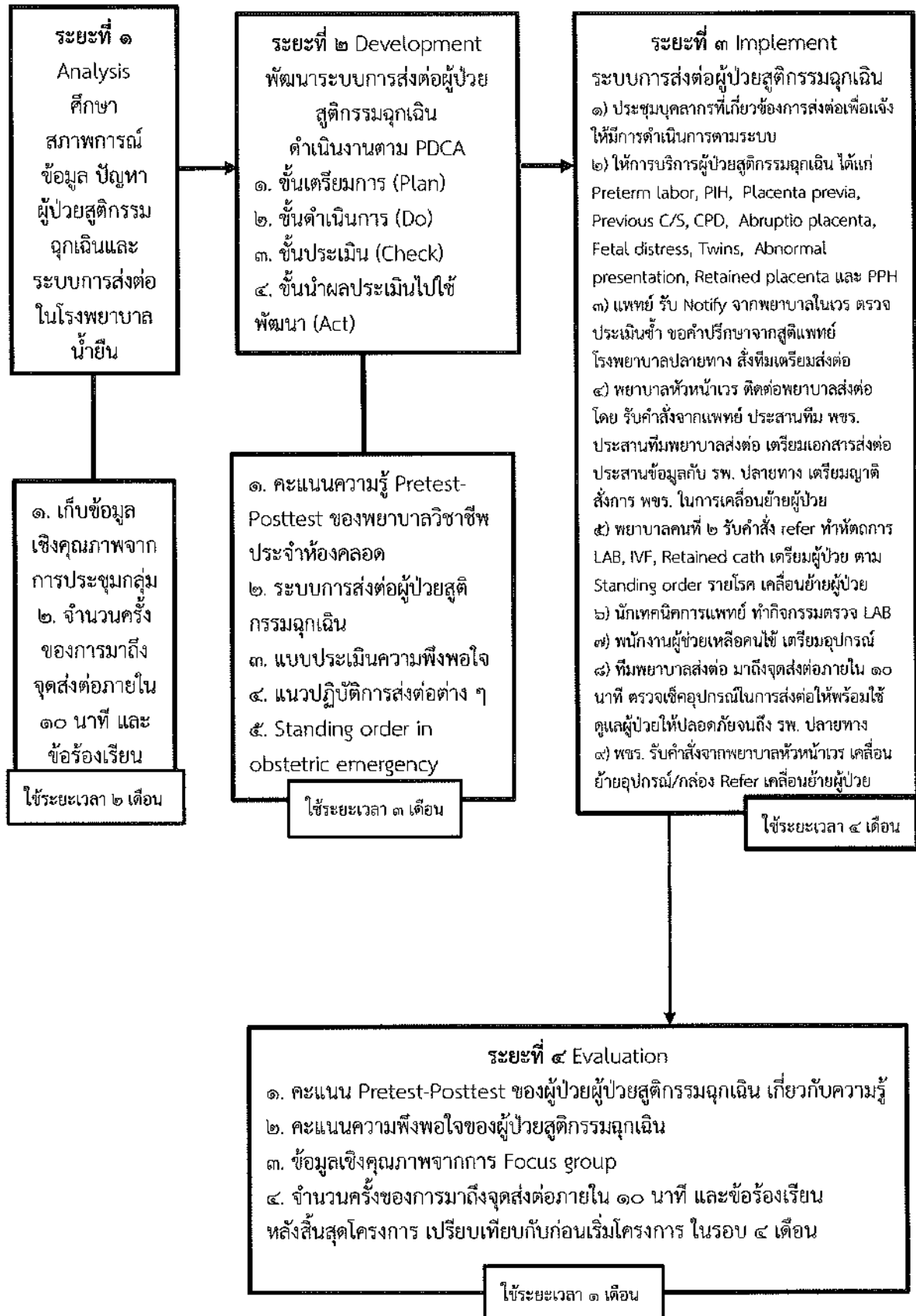
๓) ระยะที่ ๓-๔ ในช่วง วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ รวมระยะเวลา ๔ เดือน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินการ



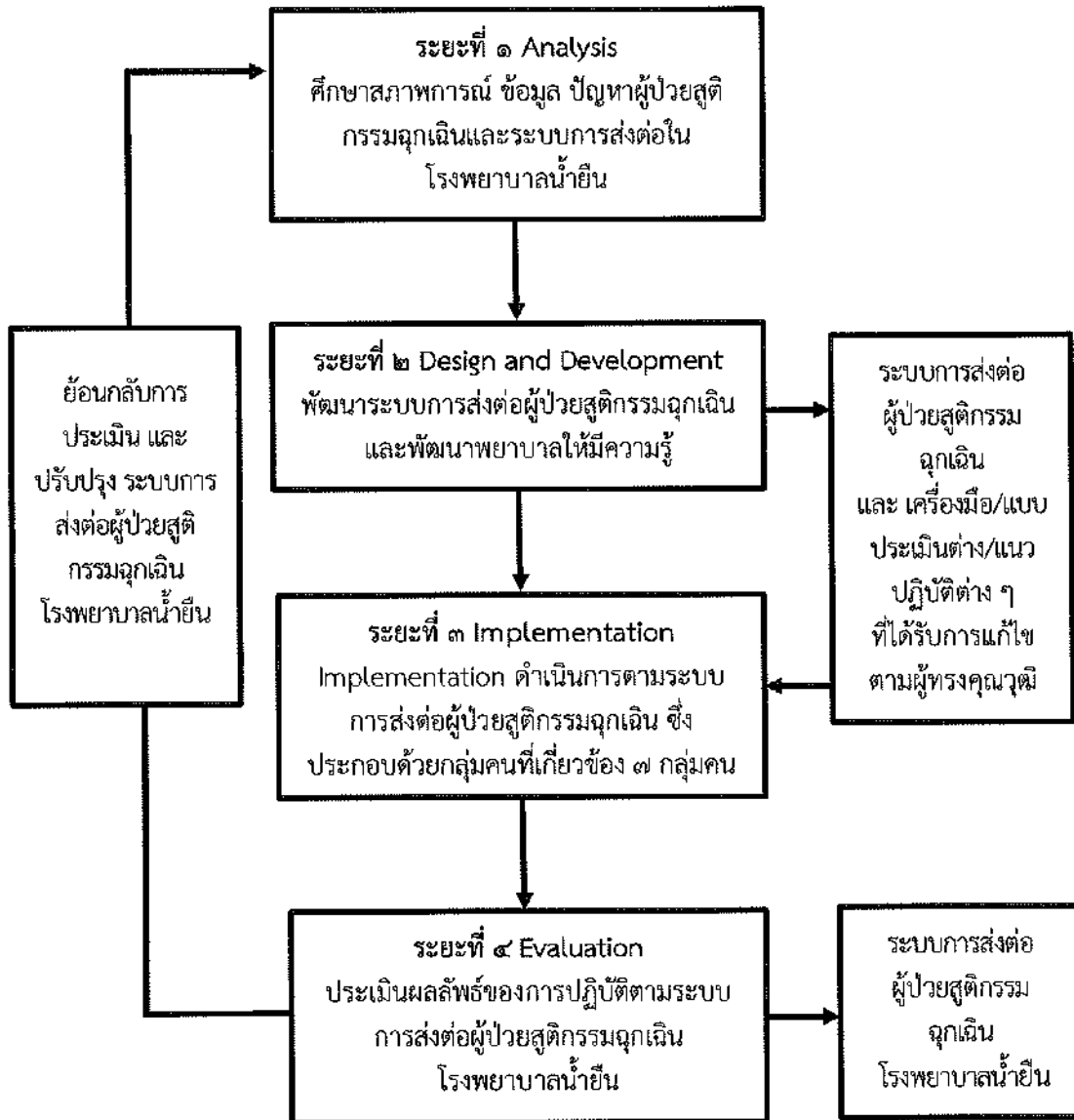
๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๖ กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) ปรับปรุงขั้นตอนมาจาก สกตสุภา สິงคิบุตร (๒๕๖๕) เก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative data) ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ ๑ Analysis ศึกษาสภาพการณ์ ข้อมูล ปัญหาผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและระบบการส่งต่อในโรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาที่ ๒ Design and Development พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน และพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ระยะเวลาที่ ๓ Implementation ดำเนินการตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง ๗ กลุ่มคน ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคนที่ ๑ พยาบาลคนที่ ๒ นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทีมพยาบาลส่งต่อ และพนักงานขับรถ และระยะเวลาที่ ๔ Evaluation ประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี



หมายเหตุ : ข้อ ๑-๙ ให้ผู้ขอ
การเจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

ประเมินเป็นผู้กรอกข้อมูล และหน่วยงาน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๓.๘.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

๑) ระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยิ้น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

๑.๑) การประสานงานและแจ้งแนวปฏิบัติและขอตกลงในการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

๑.๒) การปฏิบัติบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับห้องคลอดและการส่งต่อ จำนวน ๗ กลุ่ม

ได้แก่ แพทย์ พยาบาลห้องคลอดหัวหน้าเวร พยาบาลห้องคลอด นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลทีมส่งต่อ และ พนักงานขับรถส่งต่อ ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่และแนวปฏิบัติของแต่ละคน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

โดยการหาความเชื่อมั่น (Reliability) หรือความคงเส้นคงวาของเนื้อหา รายละเอียด และข้อมูลที่ใช้ในระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยิ้น จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) รูปแบบการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) (Fusch et al, ๒๐๑๘) โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ๓ ท่าน (Lynn, ๑๙๘๖)

๓.๘.๒ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

๑) แผนการประชุมกลุ่ม (Focus Group)

การหาคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน ได้ค่า IOC=๑

๒) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ ๒ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ได้แก่ ๑) Preterm labor ๒) Pregnancy Induced Hypertension (PIH) ๓) Placenta previa ๔) Previous Cesarean section ๕) Cephalopelvic disproportion ๖) Abruptio placenta ๗) Fetal distress ๘) Twins ๙) Abnormal presentation ๑๐) Retained placenta ๑๑) Post partum hemorrhage (PPH) ในรายละเอียดของความหมายและดูแลการพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบประเมินแบบใช่-ไม่ใช่-ไม่ทราบ (True-false) จำนวน ๓๐ ข้อ คะแนนสูงสุด ๓๐ คะแนน และคะแนนต่ำสุด ๐ คะแนน โดย ตอบถูก ได้ ๑ คะแนน ตอบผิด ได้ ๐ คะแนน ตอบไม่ทราบ ได้ ๐ คะแนน

การคิดเกณฑ์การประเมินผล คิดค่าคะแนนอันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่านที่ระดับร้อยละ ๕๐ (Bloom, ๑๙๗๑) จากนั้นคิดคะแนนเป็นช่วงคะแนน กำหนด ๔ ช่วง โดยแปลความหมาย (Best, ๑๙๗๗) ได้แก่ ไม่ผ่าน มีช่วงคะแนนต่ำกว่า ๑๕ คะแนน ผ่านระดับพอใช้ มีช่วงคะแนน ๑๕-๒๐ คะแนน ผ่านระดับดี มีช่วงคะแนน ๒๑-๒๕ คะแนน ผ่านระดับดีมาก มีคะแนนเท่ากับ ๒๖-๓๐ คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า KR ๒๐ เท่ากับ ๐.๘๒ ค่าความยากง่าย p ได้ .๕๒, r ได้ .๔๒ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะเดียวกัน

๓) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นแบบแบบวัดเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นแบบวัดระดับมาตราประมาณค่า (Rating scale) ๕ ระดับ จำนวน ๑๐ ข้อ ได้แก่ ให้ ๕ หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด ให้ ๔ หมายถึง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๗ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

พึงพอใจมาก ให้ ๓ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง ให้ ๒ หมายถึง พึงพอใจน้อย ให้ ๑ หมายถึง พึงพอใจน้อยมาก การให้คะแนนและการแปลผล ข้อที่แปลความหมายในทางลบ (Negative) จำนวน ๒ ข้อ ได้แก่ ข้อ ๗ และ ๙ โดยถ้าเลือก ๕ ให้ ๑ คะแนน เลือก ๔ ให้ ๒ คะแนน เลือก ๓ ให้ ๓ คะแนน เลือก ๒ ให้ ๔ คะแนน และเลือก ๑ ให้ ๕ คะแนน

การคิดเกณฑ์การประเมินผล มีข้อความจำนวน ๑๐ ข้อ คะแนนสูงสุดคือ ๕๐ ต่ำสุดคือ ๑๐ คือ เมื่อได้คะแนนรวม แบ่งออกเป็น ๕ ระดับ โดยนำคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินมาหาค่าเฉลี่ย โดยใช้ผลรวมของผลคูณระหว่างค่าน้ำหนักของแต่ละระดับ ๕ ระดับ กับค่าความถี่ในระดับนั้น แล้วหารด้วยความถี่ทั้งหมด แล้วกำหนดแปลความหมาย (เต็มศักดิ์ สุขวิบูลย์, ๒๕๖๒) คือ คะแนนเฉลี่ย ๔.๕๑-๕.๐๐ คะแนน มีความพึงพอใจมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย ๓.๕๑-๔.๕๐ คะแนน มีความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย ๒.๕๑-๓.๕๐ คะแนน มีความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย ๑.๕๑-๒.๕๐ คะแนน มีความพึงพอใจน้อย และคะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐-๑.๕๐ คะแนน มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑) ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๙๑ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่มีลักษณะเดียวกัน

๒) หากความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน ได้ค่า IOC=๑

๔.๘ การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

๔.๘.๑ คำนวณหาความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป

๔.๘.๒ คำนวณหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้และคะแนนความพึงพอใจ

๔.๘.๓ เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติการทดสอบของ

Pair t- test

๔.๘.๓ เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการมาถึงจุดส่งต่อภายใน ๑๐ นาที และข้อร้องเรียน หลังสิ้นสุดโครงการ กับจำนวนครั้ง ในรอบ ๖ เดือนก่อนเริ่มโครงการ โดยใช้สถิติการทดสอบ Independent t-test

๔.๙ การเก็บข้อมูล

๔.๙.๑ จัดทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตทำการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๙.๒ เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะ ๑ ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ จำนวนครั้งของการมาถึงจุดส่งต่อภายใน ๑๐ นาที และข้อร้องเรียน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการ Focus group

๔.๙.๓ เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะ ๒ ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ประเมินความรู้ Pre-post test พยาบาลห้องคลอด ก่อนและหลังการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน

๔.๙.๔ เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะ ๓-๔ ประกอบด้วย

๑) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

๑.๑) คะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อระบบส่งต่อ หลังสิ้นสุดโครงการ

๑.๒) จำนวนครั้งของการมาถึงจุดส่งต่อภายใน ๑๐ นาที และข้อร้องเรียน หลังสิ้นสุดโครงการ

เปรียบเทียบกับก่อนเริ่มโครงการ ในรอบ ๖ เดือน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๙ การเก็บข้อมูล (ต่อ)

๒) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการ Focus group หลังสิ้นสุดโครงการวิจัย

๔.๙.๕ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย ระยะที่ ๑ Analysis จากการสำรวจข้อมูล Secondary data พบว่าโรงพยาบาลน้ำเย็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง ระดับ F๒ (First-level hospital) (โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง) มีพื้นที่ติดชายแดนกัมพูชาและลาว ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสูติกรรม และการสำรองเลือดที่ไม่เพียงพอ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วยสูติกรรมจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ระดับ S (Standard-level hospital) ระยะทาง ๕๐ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ๑ ชั่วโมง และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A (Advance-level hospital) ระยะทางห่าง ๑๑๐ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง ๑.๓๐ ชั่วโมง จากสถิติการรับบริการผู้คลอดของโรงพยาบาล ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบจำนวน ๔๑๒ ราย, ๔๑๐ ราย และ ๓๙๘ ราย มีจำนวนผู้คลอดในห้องคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน ๒๖๑ ราย, ๒๖๘ ราย และ ๒๕๒ ราย และจำนวนผู้คลอดที่อยู่ในภาวะสูติกรรมฉุกเฉินต้องทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน ๑๕๑ ราย, ๑๔๒ ราย และ ๑๐๖ ราย คิดเป็นอัตราการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อผู้มาคลอด ร้อยละ ๓๖.๖๕, ๓๔.๖๓ และ ๒๖.๖๓ ตามลำดับ จากสถิติจะพบว่าการส่งต่อมีอัตราการลดลง แต่ด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง (F๒) ยังต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อไป ซึ่งในปี ๒๕๖๕ มีการสำรวจปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน พบว่ายังไม่มีระบบการปฏิบัติในการส่งต่อที่เป็นมาตรฐานพยาบาลวิชาชีพขาดความรู้และทักษะการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โดยผลการประเมินสมรรถนะผ่านเกณฑ์เพียงร้อยละ ๘๒.๗๖ และมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการส่งต่อลำช้าจำนวน ๒ ฉบับ

ผลการวิจัยระยะที่ ๒ Development พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ดำเนินงานตาม PDCA การเตรียมการ (Plan) การดำเนินการ (Do) การประเมิน (Check) และการนำผลประเมินไปใช้พัฒนา (Act) มีการทดสอบความรู้ของพยาบาลห้องคลอด พบว่า

๑) ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องคลอด จำนวน ๘ คน เป็น เพศหญิง ร้อยละ ๑๐๐ อายุเฉลี่ย ๓๔.๑๒ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ ๑๐๐ ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย ๑๒.๑๒ ปี

๒) เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑

๓) เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี ๑ ระบบ

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย ระยะที่ ๑ Analysis จากการ Focus group กับบุคลากรสาธารณสุข จำนวน ๑๖ และสอบถามแพทย์จำนวน ๒ คน พบว่า ปัญหาคือ ๑) การส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินในเขตพื้นที่รับผิดชอบปัจจุบัน ยังไม่มีระบบการปฏิบัติในการส่งต่อที่เป็นมาตรฐาน ๒) พยาบาลวิชาชีพขาดความรู้และทักษะการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ๓) มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการส่งต่อลำช้า ๔) เสนอให้มีการระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำเย็น ๕) สร้างระบบกลไกการประสานงานกับโรคพยาบาลแม่ข่าย ทั้งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม และ ๖) ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินก่อนส่งต่อ และมีการประชุมแจ้งให้ทุกฝ่ายให้ทราบเมื่อสร้างกลไกเรียบร้อยแล้ว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ (ต่อ)

ผลการวิจัยระยะที่ ๒ Development เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยูน จังหวัดอุบลราชธานี ๑ ระบบ ประกอบด้วย

- ๑) ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องการส่งต่อเพื่อแจ้งให้มีการดำเนินการตามระบบ ทุกสัปดาห์
- ๒) แพทย์และพยาบาลห้องคลอดให้การบริการผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ได้แก่ Preterm labor, PIH, Placenta previa, Previous C/S, CPD, Abruptio placenta, Fetal distress, Twins, Abnormal presentation, Retained placenta และ PPH
- ๓) แพทย์รับ Notify จากพยาบาลในเวร ตรวจสอบประวัติ คำปรึกษาจากสูติแพทย์ โรงพยาบาลปลายทาง ส่งทีมเตรียมส่งต่อ
 - ๔) พยาบาลหัวหน้าเวร ติดต่อพยาบาลส่งต่อ โดย รับคำสั่งจากแพทย์ ประสานทีม พขร. ประสานทีมพยาบาลส่งต่อ เตรียมเอกสารส่งต่อ ประสานข้อมูลกับ รพ. ปลายทาง เตรียมญาติ สั่งการ พขร. ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ๕) พยาบาลคนที่ ๒ รับคำสั่ง refer ทำหัตถการ LAB, IVF, Retained cath เตรียมผู้ป่วย ตาม Standing order รายโรค เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ๖) นักเทคนิคการแพทย์ ทำกิจกรรมตรวจ LAB
 - ๗) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เตรียมอุปกรณ์
 - ๘) ทีมพยาบาลส่งต่อ มาถึงจุดส่งต่อภายใน ๑๐ นาที ตรวจสอบเช็คอุปกรณ์ในการส่งต่อให้พร้อมใช้ ดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจนถึง รพ. ปลายทาง
 - ๙) พขร. รับคำสั่งจากพยาบาลหัวหน้าเวร เคลื่อน ย้ายอุปกรณ์/กล่อง Refer เคลื่อนย้ายผู้ป่วย
 - ๑๐) พยาบาลหัวหน้าเวร ติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยมีการเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

Refer รพร. เดชอุดม

๑. Severe fetal distress
๒. Prolapse cord
๓. Breech presentation
๔. In active case
๕. Previous C/S in labor
๖. PPH
๗. Failed V/E
๘. CPD fully dilate
๙. รับกรณีฉุกเฉิน ระหว่างทางไป รพ. สปส. ดังนี้
 - อาการทรุด
 - ปากมดลูกเปิดหมด
๑๐. ขั้นตอนการขอเวช
 - โทรไปรายงานแพทย์เจ้าของไข้
 - โทรประสาน ER,LR

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ (ต่อ)

Refer รพ. สปส.

๑. โทรประสานศูนย์ประสาน ๐๔๕-๒๔๐๐๘๘-๙๑
๒. โทรประสานห้องคลอด 1203
๓. On ETT. ประสาน ICU HUB
๔. ต้องลงผล HCT , HIV , VDRL , HBsAg
๕. ห้าม Drip Oxytocin, Bricanyl ระหว่างส่งต่อ
๖. Case fail V/E บันทึกเวลาตั้ง V/E fail ที่ครั้ง
๗. ARM: บันทึกเวลา,สีน้ำคร่ำ
๘. ให้ ATB: เวลาฉีด, Dose
๙. Case Oligo: U/S ดูน้ำคร่ำ และ แนบแผ่น U/S ไปด้วยทุกครั้ง
๑๐. Case CPD: NST, ในบันทึกภาพโทกราฟ
๑๑. PROM, ML: ลงผล
 - Fem test
 - Cough test

๑๑) ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแม่ข่ายตาม Criteria ของการส่งต่อ

๑๒) ติดตามประเมินผลขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย

๑๓) ติดตามประเมินผลขงภายหลังผู้ป่วย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

- ๑) ผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาในการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน
- ๒) ผู้คลอดที่มีภาวะฉุกเฉินและทารกในครรภ์ มีความปลอดภัย
- ๓) มารดาและทารกหลังคลอด มีความปลอดภัย

๖.๑.๒ ด้านผู้ให้บริการ

- ๑) ทีมบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน เป็นทีมงานที่เข้มแข็ง
- ๒) พยาบาลห้องคลอดมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นการเฉพาะ

๖.๑.๓ ด้านองค์กร

- ๑) สนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน
- ๒) หน่วยงานมีระบบการการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ
- ๓) ลดข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติ

๖.๒ ผลกระทบ

การวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะไม่เกิดผลกระทบในทางลบ เนื่องจากการวิจัยเกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยหรือรูปแบบการวิจัย แบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) มีความยุ่งยากและซับซ้อนในทุกขั้นตอนของการวิจัย ได้แก่

๑. ในระยะที่ ๑ ของการวิจัย การได้มาซึ่งข้อมูลปัญหาและความต้องการนั้น ต้องประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ทีมพยาบาลส่งต่อ และพนักงานขับรถ จากนั้นทำการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ซึ่งมีการประสานงานที่ค่อนข้างยุ่งยากเนื่องจากไม่มีคำตอบแน่ชัดให้กลุ่มตัวอย่างระยะนี้ และโดยแพทย์ต้องแยกพูดคุยนอกกลุ่ม เนื่องจากแพทย์ไม่ค่อยมีเวลาในการทำกลุ่ม นอกจากนี้ยังต้องประสานชั้นสูงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อขอข้อมูลและรายละเอียดที่จะสามารถส่งผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินได้ในกรณี Criteria ได้บ้าง ต้องใช้กับเจ้าหน้าที่ห้องบัตรเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล Secondary data จาก Health Data Center (HDC) และต้องขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อทำการวิจัยในระยะที่ ๑ และ ๒ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒. การดำเนินงานในระยะที่ ๒ มีความซับซ้อนเริ่มตั้งแต่การหาคนที่จะช่วยรับผิดชอบในการดำเนินงาน ต้องมีการสืบค้นจากเอกสารหลักฐานและเอกสารต่าง ๆ ว่ามีใคร ที่ไหน วางระบบอย่างไร เพื่อให้ประสบผลสำเร็จ รวมถึงมีการทำ KM ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทุกคนบอกกล่าวความรู้และประสบการณ์ของตนที่เกิดตนเอง (Tacit knowledge) ออกมา แล้วมาสังเคราะห์เข้ากับความรู้ที่ผู้วิจัยได้สืบค้นมา (Explicit knowledge) แล้วค่อยสร้างระบบระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืน ซึ่งยังไม่สิ้นสุดเพียงการสร้างระบบ แต่ยังคงนำระบบนั้นมาประชาพิจารณ์ (Public Hearing) ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะแพทย์อีกครั้ง และต้องนำระบบนี้ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่างสาขาให้วิเคราะห์ความเป็นไปได้ว่ากิจกรรมในระบบสามารถปฏิบัติได้จริงไหม ที่เรียกว่าการประเมินคุณภาพเครื่องมือแบบสามเส้า (Triangular method) และต้องปรับแก้กิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทที่ต้องปิดรอยรั่วและประสานเชื่อมต่อให้เกิดความต่อเนื่องระหว่าง การส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืนกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

๓. การสร้างเครื่องมือแบบประเมินต่าง ๆ เกิดขึ้นในระยะที่ ๒ ซึ่งการสร้างเครื่องมือต้องคิดถึงตัวแปรที่จะวัดและประเมินผล ในการวิจัยครั้งนี้มีการวัดความรู้ของพยาบาลในเวรและพยาบาลจะส่งต่อ ต้องสร้างเครื่องมือในการประเมินความรู้ คือแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ซึ่งมี ๒ ส่วน จำนวน ๓๔ ข้อ แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินต่อระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืน มี ๒ ส่วน จำนวน ๑๕ ข้อ และเครื่องทูลชุดต้องนำหาค่าคุณภาพเครื่องมือ โดยไปผ่านผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหาที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมกับนำมาหาค่าความเที่ยงอีกครั้ง ซึ่งการหาค่าคุณภาพเครื่องมือทั้งความตรงและความเที่ยง ต้องมีการคำนวณและใช้สถิติ

๔. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยระยะที่ ๒ ในส่วนของการเปรียบเทียบความรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน ต้องใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแบบกลุ่มเดียวแต่ตัวก่อน-หลังการให้ความรู้ ต้องสถิติที่มีชื่อว่า Pair t-test ซึ่งต้องนำข้อมูลนี้ไปปรึกษานักสถิติ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่ตรงกับวัตถุประสงค์

๕. การหาคุณภาพเครื่องมือที่เป็นเชิงคุณภาพ ได้แก่ คำถาม Focus group ต้องนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่จะไปถาม จากผู้ทรง ๓ ท่าน จากนั้นนำมาหาค่า IOC อีกครั้ง ส่วนระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลน้ำยืน ต้องนำกลไก กิจกรรมและขั้นตอนต่าง ๆ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่ใช่สาขาสาธารณสุขตรวจสอบ จำนวน ๓ สาขา ที่เรียกว่า Triangular method เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิต่างสาขาวิจารณ์ว่ากิจกรรมต่าง ๆ ในระบบนั้นเป็นไปได้หรือไม่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่พบว่ามีปัญหาในการดำเนินการวิจัยใด ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะของการวิจัยให้ความร่วมมือมาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย การขออนุญาตทำการวิจัยระยะที่ ๑ และ ๒ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ไม่มีอุปสรรคใดๆ และการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในระยะที่ ๓ และ ๔ ต่อไป

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ด้านบริหาร โดยผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินและการส่งต่อ ให้แก่ผู้บริหาร เพื่อแยกแยะกิจกรรมการส่งต่อเป็นแต่ละภาวะฉุกเฉิน

๙.๒ ด้านบริการ ควรนำระบบการส่งต่อผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินไปใช้อย่างต่อเนื่อง มีการดูแลผู้ป่วยและญาติแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญทั้งกับผู้ป่วยและญาติ

๙.๓) ด้านวิจัยหรือวิชาการ ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณไปปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อ และทำเป็นวิจัยกึ่งทดลอง โดยแยกการส่งต่อแต่ละปัญหา เพื่อให้ได้รายละเอียดการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อันจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยสูติกรรมฉุกเฉินเกิดคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ในวารสาร ยโสธรเวชสาร ปีที่ ๒๖ ฉบับที่ ๑ (เดือนมกราคม-เมษายน ๒๕๖๗)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวจิรัชยา ลาภมุล สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นางสาวจิรัชยา ลาภมุล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจิรัชยา ลากมูล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางละอองศรี มั่งมี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายชัยวัฒน์ ดาราสีขนิม)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น

วันที่ - ๕ ม.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบันภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของสตรีกรรมมากที่สุด ซึ่งเป็นการสูญเสียปริมาณเลือดมากกว่า ๕๐๐ มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด ภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรก การคะแนนปริมาณการเสียเลือดนั้นมักจะต่ำกว่าความเป็นจริง จึงจำเป็นต้องอาศัยทักษะทางคลินิกในการประเมินระดับความรุนแรง โดยทั่วไปอาการและอาการแสดงของการเสียเลือดมักจะยังไม่แสดงออกจนกว่าจะเสียเลือดมากกว่าร้อยละ ๑๕% ของปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกาย หรือประมาณ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร (สุพนิต ปัญญา และคณะ, ๒๕๖๕; สุจริชัยพล ไทยนันท์, ๒๕๖๖) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาลหญิงหลังคลอดในด้านความปลอดภัย และสามารถเกิดขึ้นได้กับหญิงหลังคลอดทุกราย ถึงแม้ว่าจะเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำก็ตาม ผลกระทบของการตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของมารดาทั่วโลก อัตราการเสียชีวิตของมารดาพบว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุสำคัญ โดยทั่วโลกพบมากกว่า ร้อยละ ๒๐ (World Health Organization, ๒๐๒๓) ประเทศเอธิโอเปีย พบร้อยละ ๒๗.๑๗ (Zewdu & Tantu, ๒๐๒๓) ส่วนประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๓ พบ ร้อยละ ๓๘.๐๕ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) โดยสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกที่พบได้บ่อย ๆ มี ๔ สาเหตุหลัก ได้แก่ มดลูกหดตัวไม่ดี (Uterine atony) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด รองลงมา ได้แก่ การฉีกขาดของช่องคลอด (Genital tract laceration) มีเศษรก/เนื้อเยื่อค้าง (Retained placental tissue) และภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Defects of coagulation) (สุพนิต ปัญญา และคณะ, ๒๕๖๕; สุจริชัยพล ไทยนันท์, ๒๕๖๖) การตกเลือดหลังคลอดยังส่งผลเสียต่อความสามารถของหญิงหลังคลอดในการดูแลทารก เพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอด บางรายจนถึงขั้นเสียชีวิต

โรงพยาบาลน้ำเย็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๒ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่โขง โดยห่างจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ๕๐ กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ๑๑๐ กิโลเมตร จากข้อมูลของงานการพยาบาลผู้คลอด มีสถิติ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ให้บริการคลอดทั้งหมด ๒๖๘ , ๒๙๒ และ ๑๙๓ ราย พบอุบัติการณ์ผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด ๕, ๓ และ ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๐, ๑.๐๒ และ ๑.๐๔ ตามลำดับ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บริหารระดับกลางหรือหัวหน้าห้องคลอดจะต้องหาทางแก้ไข เนื่องจากระยะในการส่งต่อมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดนั้นไกลจากโรงพยาบาลน้ำเย็น ระยะทางในการส่งต่ออาจทำให้มารดาไม่ปลอดภัย ในทางกลับกันถ้าในห้องคลอดมีแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่ได้มาตรฐาน จะส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้เสนอผลงานแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงานเป็นหัวหน้าห้องคลอด มีความตระหนักในปัญหาดังกล่าว จึงต้องการการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิตของมารดาหลัง และเป็นการส่งเสริมให้มารดาได้ธรรมชาติไว้ซึ่งบทบาทของมารดาที่มีคุณภาพ และเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลมารดาหลังคลอดให้มีคุณภาพต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะตกเลือดหลังคลอดของห้องคลอด งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลน้ำยั้น พบอุบัติการณ์ผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จำนวน ๕, ๓ และ ๒ ราย ซึ่ง ทั้ง ๑๐ ราย พบสาเหตุการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ ๗๐.๐๐ เกิดจากมดลูกหดรั้งตัวไม่ดี (Uterine Atony) และเกิดจากแผลฉีกขาดลึก ร้อยละ ๒๐.๐๐ และมีภาวะรक्त้าง ร้อยละ ๑๐ ซึ่งส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีภาวะ Hypovolemic Shock ร้อยละ ๘๐ ซึ่งด้วยบริบทของงานห้องคลอด โรงพยาบาลน้ำยั้น ที่มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ต้องใช้เวลาเดินทาง ๑.๓๐ ชั่วโมง ทำให้ประสบปัญหาในการดูแลรักษาที่มีผลต่อความปลอดภัยของมารดาหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการช่วยเหลือมารดาตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ระบบสำรองเลือดไม่เพียงพอ ไม่สามารถล้่วงรक्तหรือทำการผ่าตัดเพื่อผูกเย็บเส้นเลือดใหญ่ได้ และประเด็นสำคัญคือแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงด้านความปลอดภัยของมารดาหลังคลอด ซึ่งอาจทำให้ถูกตัดมดลูกหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งโรงพยาบาลและทีมบุคคลากรที่เกี่ยวข้องเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนสูง จึงต้องหาทางแก้ไขเพื่อไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในมารดาหลังคลอดต่อไป

๓.๒ แนวความคิด

ผู้เสนอผลงานจึงเสนอการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ตามวงจรคุณภาพของเดมมิง (The Deming cycle) หรือดำเนินการพัฒนาระบบตามวงจรคุณภาพ PDCA (Deming, ๑๙๘๖) เป็นแนวคิดการพัฒนาระบบการทำงานอย่างเป็นระบบมี ๔ ขั้นตอน ได้แก่

๑) Plan คือ การวางแผน ครอบคลุมถึงการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการและขั้นตอน

๒) Do คือ การปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด และเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการดำเนินงานในขั้นต่อไป

๓) Check คือ การตรวจสอบ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามแผน หรือมีปัญหาเกิดขึ้น ตรวจสอบการปฏิบัติเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดหรือไม่

๔) Act คือ การปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากตรวจสอบแล้ว ข้อมูลที่ได้จะช่วย ให้มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

๓.๓ ข้อเสนอ

การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด
โรงพยาบาลน้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๓.๑ วัตถุประสงค์

พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด โรงพยาบาล
น้ำยั้น จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๓.๒ ระยะดำเนินการ

วันที่ ๑ เมษายน – ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

๓.๓.๓ วิธีการและขั้นตอน

๑) ขั้นเตรียม (Plan)

๑.๑) ประชุมพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคน ทุกระดับในห้องคลอด เพื่อที่จะให้บริการแก่ผู้คลอด เพื่อแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ และจัดตั้งทีมพัฒนาในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ ๒ ชั่วโมงหลังคลอด

๑.๒) ทำ KM การป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จากงานการพยาบาลผู้คลอด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ดีและนำสู่การปฏิบัติ ณ ห้องคลอด

๑.๓) สืบค้นงานวิจัย นวัตกรรม เอกสารวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ พร้อมปรับปรุงแนวทางหรือแนวปฏิบัติ ให้เข้ากับบริบทของห้องคลอด

๑.๔) จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง ทั้ง ๔ ระยะ ประกอบด้วย ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะหลังคลอด ๒ ชั่วโมงแรก และการประเมิน เตรียมความพร้อมผู้คลอด ก่อนย้ายไปเตียงหลังคลอด

๑.๕) ปรับปรุงแนวทางการป้องกัน PPH ของเขต ๑๐ ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลน้ำเย็น

๑.๖) ร่วมกับแพทย์สร้าง Standing Order Maternal ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด

๑.๗) ปรับปรุงแบบฟอร์มบันทึกความก้าวหน้าการคลอด (Partograph) เพื่อให้สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้

๑.๘) แบบฟอร์มซักประวัติ Case รับประทานใหม่ เพื่อให้สามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดได้

๑.๙) สร้างแบบประเมินความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดและครอบครัว ต่อการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

๒) ขั้นตอนการ (Do)

วางแผนในการปฏิบัติตามจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้ง ๔ ระยะ ประกอบด้วย ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และระยะหลังคลอด ๒ ชั่วโมงแรก

๓) ขั้นตอนประเมินผล (Check)

กำหนดการติดตามตรวจสอบและวิเคราะห์ถึงการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในรูปแบบ ปัจจัยในเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Output)

๓.๑) ปัจจัยในเข้า (Input) การวางแผนประเมินผลการดำเนินการตามระบบ พบว่า ปัจจัยในเข้า (Input) ได้แก่ การประเมินความพร้อมของสิ่งต่าง ๆ ที่ถูกนำเข้ามาใช้ในการดำเนินการในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย บุคลากร งบประมาณ แนวทางการจัดการ วัสดุอุปกรณ์ เพียงพอหรือไม่ อย่างไร

๓.๒) กระบวนการ (Process) การประเมินการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติว่ามีความถูกต้องเหมาะสมเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง โดยประเมินผล ตามข้อ ๓ คือ มีการประชุมปรึกษาหารือกับพยาบาล เจ้าหน้าที่ และสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๓.๓) ผลผลิต (Output) การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติทั้งหมด ทั้งที่คาดหวังและที่ไม่ได้คาดหวัง ได้แก่

๓.๓.๑) อัตราการตกเลือดหลังคลอด

๓.๓.๒) ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดและครอบครัว ต่อการป้องกันภาวะตก

๔) ขั้นนำไปปฏิบัติ (Act)

นำข้อมูลและผลที่ได้จากการประเมินในขั้นประเมินผล (Check) ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในห้องคลอดต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑) ห้องคลอด โรงพยาบาลน้ำเย็น มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด ที่เป็นลายลักษณ์อักษร

๔.๒) พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้คลอด มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันและดูแลรักษาผู้คลอดเป็นแนวทางเดียวกัน

๔.๓) ผู้คลอดมีความปลอดภัย

๔.๔) โรงพยาบาล มีความเสี่ยงลดลงในการถูกฟ้องร้องจากการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ไม่มีมาตรฐาน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

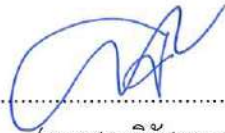
๕.๑ มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอดที่เป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นแนวทางเดียวกัน จำนวน ๑ แนวปฏิบัติ

๕.๒ พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในห้องคลอด ร้อยละ ๑๐๐

๕.๓ อัตราการเกิดการตกเลือดหลังคลอด ลดลงร้อยละ ๕๐

๕.๔ อัตราการเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอด เป็นร้อยละ ๐

(ลงชื่อ)



(นางสาวจิรัชยา สากล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. ชื่อผลงาน เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการ วันที่ 1 มิถุนายน 2565 - 30 กันยายน 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่จะใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ทางวิชาการ

3.1 ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวาน

3.2 กระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

3.3 พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา

3.4 ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาและการพยาบาลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ใช้ยา Tramal, Ceftriaxone, Clindamycin, Cloxacillin, Gentamycin, Paracetamol, Metformin, Regular Insulin, Insulin Mixtard

3.5 แบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Major Gordon)

3.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- งานวิจัยเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า
- งานวิจัยที่สนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยการเข้ารับการรักษาได้ทันเวลามาตรฐาน

3.2 ทฤษฎีที่นำมาใช้ในกรณีศึกษา

3.2.1 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

- ความต้องการการดูแลโดยทั่วไป (universal self - care)
- ความต้องการการดูแลตามพัฒนาการ (developmental - self - care)
- ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation - self - care)

3.2.2 ทฤษฎีการพยาบาลของ

- ระบบบุคคล (Personal System)
- ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System)
- ระบบสังคม (Social systems)

3.3 แนวคิดที่ใช้ดำเนินการ (โรค/พยาธิสภาพ โดยสังเขป)

แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic foot) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายและเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม เกิดอาการชาบริเวณปลายเท้า การรับรู้ความรู้สึกลดลงและโครงสร้างของเท้าเปลี่ยนแปลง เกิดเท้าผิดรูป ทำให้การลงน้ำหนักผิดปกติไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายกว่าคนปกติ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 90 ล้านคนทั่วโลก เกิดภาวะระบบปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Peripheral Neuropathy) ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเบาหวาน นำไปสู่การเกิดแผลที่เท้าและติดเชื้อตามมา ซึ่งการติดเชื้อนี้นำไปสู่การตัดขามากถึงร้อยละ 84 และผู้ที่เคยถูกตัดขา จะมีโอกาสถูกตัดขาซ้ำภายใน 5 ปีร้อยละ 50 และมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 70 ดังนั้นการให้การดูแลรักษาเท้าอย่างเหมาะสม ร่วมกับการให้คำแนะนำดูแลเท้าด้วยตนเองกับผู้ป่วยเบาหวาน จะเป็นวิธีที่ช่วยลดการถูกตัดเท้าได้ ซึ่งจะประกอบด้วย 1) การป้องกัน ได้แก่ การซักประวัติเกี่ยวกับ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าหรือเป็นแผลที่เท้า การตรวจคัดกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า การตรวจระบบประสาทส่วนปลาย เพื่อประเมินว่าสูญเสียประสาทรับความรู้สึกที่เท้าด้วย monofilament การตรวจประเมินแรงกดที่ฝ่าเท้า การตรวจการไหลเวียนเลือดส่วนปลายโดยการคลำชีพจร ตำแหน่งหลังเท้า (dorsalis pedis) ได้ตามตำแหน่งใน (posterior tibial) เพื่อความชัดเจนของชีพจร หรือตรวจด้วย เครื่องมือคลื่นเสียงความถี่สูง (doppler ultrasound) และคำนวณหาและคำนวณหาอัตราส่วนระหว่างความดันซิสโตลิกที่ข้อเท้ากับความดันซิสโตลิกที่แขน เรียกว่า Ankle-brachial index: ABI แล้วนำแปลผลการขาดเลือดไปเสี่ยงจากการอุดตันของหลอดเลือดว่าปกติ หรือผิดปกติระดับใด การจำแนกระดับความเสี่ยงและการจัดการ ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าโดยการให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า 2) การรักษาแผล ได้แก่ การ ประเมินแผลเท้าเบาหวาน เพื่อวางแผนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับสภาพแผล โดยประเมินลักษณะเนื้อแผล ตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล สารคัดหลั่งออกจากแผล ลักษณะขอบแผลและการติดเชื้อ การจัดการความหนาตัวของผิวหนัง (callus trimming) เพื่อลดแรงกดที่เกิดจากผิวหนังที่ฝ่าเท้าหนาตัวขึ้น โดยการชูดหนังหนาบริเวณนั้น ๆ การลดแรงกดที่แผล (off-loading) การทำความสะอาด แผลด้วยการเลือน้ำยาล้างแผลและใส่แผลที่เหมาะสม การส่งเสริมการหายของแผล ด้วยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การได้รับสารอาหารที่เพียงพอมีผลต่อกระบวนการหายของแผล และการป้องกันการกลับเป็นแผลเท้าเบาหวานซ้ำ โดยเน้นการปรับพฤติกรรมดูแลเท้า

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สาระสำคัญ

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการคลินิกเท้าเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นสาเหตุให้แผลติดเชื้อลุกลามอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีโอกาสสูงในการถูกตัดนิ้วเท้าและตัดขาหากมีการลุกลามของแผล แผลกลับเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีก ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ คนในครอบครัวและสังคมตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการทางการพยาบาล

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, แผลเบาหวานที่เท้า

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของทั่วโลก ในทุก ๆ ประเทศมีประชากรที่เป็นเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ.2025 จะมีผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 90 ล้านคนทั่วโลก เกิดภาวะ ระบบปลายประสาทเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Peripheral Neuropathy) โดยพบว่าร้อยละ 50 ของ ผู้ป่วยเบาหวาน และแผลที่เท้า เกิดการติดเชื้อที่แผล ซึ่งการติดเชื้อนี้นำไปสู่การตัดขามากถึงร้อยละ 84 อัตรา การตัดขาที่เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำยืน ในปีพ.ศ. 2563-2565 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากจำนวน 12,961 เป็น 14,496 และ 15,687 คนตามลำดับ ในผู้ป่วยจำนวนนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าร้อยละ 16.25, 15.70 และ 12.06 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากกว่าด้านอื่น ๆ โดยแบ่งผู้ป่วยตามภาวะแทรกซ้อนที่เท้าเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เท้าปกติมีความเสี่ยงต่ำ ระดับที่ 2 เท้าปกติ มีความเสี่ยงสูง ระดับที่ 3 เท้าที่มีแผลอย่างง่าย มีความเสี่ยงสูงและระดับที่ 4 เท้าที่มีแผลซับซ้อนมีความเสี่ยงสูง

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

พบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าระดับที่ 3 ร้อยละ 20.75, 28.45 และ 45.5 ส่งผลต่อเนื่องให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในระดับที่ 4 ร้อยละ 22.90, 36.36 และ 44.73 และพบอัตราการตัดนิ้วเท้า เท้าและขา ร้อยละ 17.65, 23.33 และ 33.33 ตามลำดับ ด้วยสาเหตุดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการป้องกัน การเกิดและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งควรทำตั้งแต่เริ่มแรกซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน โดยส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเห็นความสำคัญในการดูแลเท้าของตนเอง ได้แก่ ให้ความรู้ คำแนะนำ สนับสนุน รวมทั้งการพัฒนาทักษะในการดูแลเท้าให้เหมาะสมกับปัญหา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถดูแลเท้า และจัดการปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ เกิดการคิดพิจารณา ตัดสินใจ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลเท้าตามความเสี่ยงของตน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า กรณีศึกษาจำนวน 2 ราย ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี

แนวคิด/ทฤษฎีทางการพยาบาลที่จะประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา

ใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงาน คือ 1.แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนในชุมชน 2.แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม 3.กรอบแนวคิดวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) 4.แนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม 5.แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการจัดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) สามารถนำมาปรับและประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ในงานได้ เช่น นำหลักการและแนวคิด ทฤษฎี มาปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและอธิบายให้ผู้อื่นได้ เช่นได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ซึ่งประกอบด้วย ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self - care Theory) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system) พยาบาลผู้ปฏิบัติงานจัดการปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ เกิดการคิดพิจารณา ตัดสินใจ และนำไปสู่ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลแผลที่เท้าของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้ามารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ โรงพยาบาลน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากตำราวารสารงานวิจัยเวชระเบียนผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สรุปและประเมินผลปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ

กรณีศึกษารายที่ 1

ข้อมูลทั่วไป : ชายไทย อายุ 57 ปี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร

อาการสำคัญ : แผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา รับการรักษาที่รพ. เดชอุดม ส่งตัวมารักษาต่อใกล้บ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 1 เดือนก่อนมา แผลมีขอบซัดที่เท้าข้างขวา และเป็นขุย มีเนื้อตาย แต่ไม่มีบวมแดง ไม่มี discharge ซึม มีอาการชาที่เท้า 2 ข้าง ได้รับการตรวจประเมินสภาพเท้า แพทย์รับการรักษาและส่งต่อไปที่รพ. เดชอุดม เพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โดยให้ยาปรับประหวาน Glibenclamide 1x1 ac , Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hr,prn 1 วันก่อนมา แผลที่เท้าข้าง

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ชาวบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา รับการรักษาที่รพ. เดชอุดม ได้ส่งตัวกลับมารักษาและล้างแผลที่เท้าต่อ
กลับบ้าน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : สูบบุหรี่ วันละ 2 มวน ดื่มสุราเป็นบางครั้ง

: ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด

การตรวจร่างกาย : Vital signs : แรกรับ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/78 มิลลิเมตรปรอท, Good Consciousness , Heart: normal S1 S2 , no murmur. Lung: clear both lung , Motor power grade 5 , Pain score = 2 , แผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 เซนติเมตร ลึก 0.3 เซนติเมตร , ตรวจประเมินสภาพเท้า พบความผิดปกติ ได้แก่ มีอาการชาที่เท้า 2 ข้าง ฝ่าเท้าข้างซ้าย มีหนังด้านแข็ง (Callus) สูญเสียระดับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้า ข้างขวา 4 จุด ข้างซ้าย 4 จุด การกระจายน้ำหนักที่เท้าผิดปกติหลายจุด การตรวจอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินผลการตรวจมีความเสี่ยงปาน

ผลการตรวจขั้นสุดทางห้องปฏิบัติการ : BUN = 86 mg/dl , Creatinine = 258 mg/dl , GFR = 23.90 ml/min/1.73 m² (ไตเรื้อรังระยะที่ 4) , FBS = 300 mg/dl , HbA1C = 10.9 % , WBC = 16,050 cell/mm , Hct = 29 %

การวินิจฉัย : Diabetes Mellitus whit Infection wound Rt. Diabetic Foot

การรักษาที่ได้รับ : Glipizide (5mg) 1 tab/OD, ac เข้า , Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hr qm

การพยาบาล : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า มีการนำกระบวนการและแนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนในชุมชน โดยการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของหน่วยงาน ผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวานสามารถดูแลเท้า จัดการปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ เกิดการคิดพิจารณา ตั้งแต่การตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินงาน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเท้าตามความเสี่ยงของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลตามกระบวนการหลักของการทำงาน

กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา

S : ผู้ป่วยบ่นว่า “ตัวร้อนๆ หนาวๆ”

O : แผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 เซนติเมตร ลึก 0.3 เซนติเมตร

O : อุณหภูมิร่างกาย = 37.7 องศาเซลเซียส

O : DTX อยู่ระหว่าง = 300 mg/dl

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อติดตามภาวะติดเชื้อในร่างกาย

2. ให้อาหารตามเวลา (500 mg) 1 เม็ด เพื่อลดไข้และระงับปวดแผล

3. ดูแลทำความสะอาดแผลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% เช็ดรอบแผล ใช้ NSS Pack Gauze ชุบ Povidone - Iodine วันละ 1 ครั้ง เข้าและเย็น ขณะมาล้างแผลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน คำซ่า เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ

4. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป : ให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่และถั่ว เมล็ดแห้ง เพื่อส่งเสริมการสมานของแผลและลดอาการปวดแผล

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

5. การเบี่ยงเบนความสนใจ จะช่วยให้ความรู้สึกความเจ็บปวดลดลง เช่น ฟังวิทยุ ดูดนตรี ดูโทรทัศน์ เป็นต้น ประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย แผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย ก้น แผลสีแดง ตื้นขึ้น ไม่บวม ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีหนองและไม่ปวดแผล DTX อยู่ระหว่าง : 150-200 mg/dl อุณหภูมิร่างกาย : 36.9 องศาเซลเซียส

2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดแผลมากครับหมอ”

O : ขณะล้างแผลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ = พบว่าแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย มีหนองซึม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ลึก 0.25 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย

O : Pain score = 7

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความไม่สุขสบายจากปวดแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่ปวดแผลหรือทุเลาอาการปวดแผล
กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อติดตามภาวะติดเชื้อในร่างกาย

2. ให้อาหารเซตามอล (500 mg) 1 เม็ด เพื่อบรรเทาอาการปวด

3. ดูแลทำความสะอาดแผลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐% เช็ดรอบแผล ใช้ NSS Pack Gauze ชุบ Povidone - Iodine วันละ 1 ครั้ง เช้าและเย็น ขณะมาล้างแผลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ

4. ให้คำแนะนำ : การรักษาความสะอาดของแผลที่เท้าขณะอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ โดยไม่ให้แผลถูกน้ำ และดิน : การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป : รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่และถั่วเมล็ดแห้ง เพื่อ ส่งเสริมการสมานของแผลและลดอาการปวดแผล : การเบี่ยงเบนความสนใจ จะช่วยให้ความรู้สึกความเจ็บปวดลดลง เช่น ฟังวิทยุ ดู ดนตรี ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ปวดแผล Pain score = 4 แผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย ก้น แผลสีแดง ตื้นขึ้น ไม่บวม ไม่มีกลิ่นเหม็น DTX อยู่ระหว่าง : 130-150 mg/dl อุณหภูมิร่างกาย : 36.9 องศาเซลเซียส

3. เกิดแผลที่เท้าเนื่องจากมีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายและระบบ หลอดเลือดส่วนปลายจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “เท้าข้างซ้ายมีอาการชาเล็กน้อย มีตะคริว”

O : ผลการประเมินสภาพปลายประสาท ด้วยโมโนฟิลาเมนต์ น้ำหนัก 10 กรัม พบว่าพบว่าสูญเสียระดับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าข้างซ้าย 2 จุด

O : แผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย มีหนองซึม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ลึก 0.25 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล : 1. เพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล 2. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าสู่แผลทางผิวหนัง

O : FBS = 300 mg/dl , HbA1C = 10.5 %

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

3. แนะนำการบริโภคอาหารให้เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น เช่น ผักที่มีปริมาณโปแตสเซียม น้อย รับประทานโปรตีนคุณภาพ คือ เนื้อปลา ไข่ขาว ลดอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูง จำกัดการรับประทานเกลือหรืออาหารที่มีรสเค็ม และที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง
4. ดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 6-8 แก้ว หรือ 2 ลิตรต่อวัน หากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร่วมกับอาการบวม แนะนำให้จำกัดน้ำดื่ม 700-1,000 มิลลิลิตรต่อวัน และกลับมาพบแพทย์
5. หลีกเลี่ยงการเข้ายาแก้ปวดกระดุก ยาลูกกลอน และยาสมุนไพรที่ไม่ได้การรับรอง เนื่องจากทำให้ไต เสื่อมเร็ว
6. ควบคุมน้ำหนักตัวดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร
7. ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์วันละ 30 จะช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
8. งดสูบบุหรี่ เนื่องจาก resistance ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ และส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยไตและทำให้ไตเสื่อมลง
9. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ปัสสาวะบ่อย ร่างกายจะสูญเสียน้ำ ทำให้ความเข้มข้นของโซเดียมสูง ไตต้องทำงานหนักเพื่อขับโซเดียมออกจากร่างกาย
10. พยายามหลีกเลี่ยงความเครียด เนื่องจากทำให้ร่างกายพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้เมื่อเกิดความเครียด การหายใจเอาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้ไม่เต็มที่
11. สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าไตเสื่อมสภาพมากขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะออกน้อย อาการบวมหน้าตามข้อ ขา และเท้า หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น หากมีอาการเหล่านี้ ให้กลับมาพบแพทย์ทันที
12. แนะนำให้รับประทานยา Sodamint (300 mg) 1 tab / bid pc ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งภาวะนี้ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตมีออกซิเจนน้อยลงไตจึงเสื่อมสภาพมากขึ้น
13. ติดตามผลตรวจการทำงานของไต ได้แก่ BUN, Creatinine, GFR เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามการมาตรวจตามนัดของแพทย์ที่คลินิกเบาหวาน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 3 เดือน พบว่า ผลตรวจการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น โดยครั้งที่ 1 ค่า BUN = 82 mg/dl, Creatinine = 2.55 mg/dl ไตเสื่อมสภาพอยู่ในระยะที่ 4 GFR = 26.08 ml/min/1.73 m², BP = 140/70 mmHg, FBS = 208 mg/dl, HbA1C = 8.9 % และครั้งที่ 2 ค่า BUN = 74 mg/dl, Creatinine = 2.41 mg/dl ไตเสื่อมสภาพอยู่ในระยะที่ 4, GFR = 27.09 ml/min/1.73 m², FBS = 145 mg/dl, BP = 138/72 mmHg ยังสูบบุหรี่วันละ 2 มวน เลิกดื่มสุรา 2 เดือน

5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ดูบุหรี วันละ 2 มวน มีดื่มสุราเป็นบางครั้ง”

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ชอบรับประทานอาหารรสจัด เช่น รสเค็ม รสหวาน และดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำ เวลาหิว จะกินข้าวไม่ตรงเวลา บางวันก็ลืมกินยา ก่อนอาหาร ไม่ชอบออกกำลังกาย”

O : ผลตรวจการทำงานของไต พบค่า BUN = 86 mg/dl, Creatinine = 2.58 mg/dl, GFR = 23.90 ml/min/1.73 m² (ไตเรื้อรังระยะที่ 4), FBS = 300 mg/dl, HbA1C = 10.9 %

วัตถุประสงค์การพยาบาล : 1. เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานถูกต้อง 3. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา สมองและ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะเนื้อแผล ตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล สารคัดหลั่งออกจากแผล เพื่อค้นหา อุปสรรคในการขัดขวางการหายของแผล (เนื้อตาย ผิวหนังรอบแผลด้านหนา แรงกดทับบริเวณแผล) การติดเชื้อมของแผล และวางแผนการดูแลและติดตามการหายของแผล
2. ตรวจการไหลเวียนของเลือด โดยคลำชีพจรที่เท้า Dorsalis pedis artery และ Posterior tibial artery เพื่อประเมินว่าแผลมีเลือดมาเลี้ยงเพียงพอหรือไม่
3. ขูดผิวหนังบริเวณที่หนา (callus) รอบแผล และ curettage เอา slough ออกจนหมด เพื่อกำจัดสิ่งขัดขวางการหายของแผล
4. ทำแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ โดยใช้ Hydrocolloid gel เพื่อให้แผลมีความชุ่มชื้น และปิดแผลด้วย ผ้าก๊อสมัดแผล (Mololin)
5. ตัด soft foam เป็นรองเท้าชนิดครึ่งเดียว (half shoe) เพื่อลดแรงกดที่แผล (off - loading) บริเวณแผล ให้คำแนะนำวิธีการลงน้ำหนักบางส่วนองเท้า หลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักบริเวณปลายเท้าหรือบริเวณแผล
6. ให้คำแนะนำในการดูแลบาดแผล ได้แก่ ระวังอย่าให้แผลเปียกชื้นหรือถูกน้ำ นอนยกเท้าข้างที่มีบาดแผลให้สูงกว่าระดับหัวใจ พักผ่อนให้เพียงพอ แนะนำให้รับประทานอาหารให้เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล ได้แก่ อาหารประเภทโปรตีน วิตามินซี วิตามินเอ ควบคุมการบริโภคอาหารที่ทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูง และรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษา สังเกตบริเวณรอบแผล สารคัดหลั่งที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อมของแผล
7. นัดมาตรวจที่คลินิกเท้าเบาหวานทุก 2 สัปดาห์ จนแผลหายดี

ประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามการมาตรวจตามนัดที่คลินิกเท้าเบาหวานครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลแผลได้ดี แผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่มือเท้าข้างขวาดีขึ้น ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.0 เซนติเมตร ลึก 0.2 เซนติเมตร ขอบแผลมีหนังหนาสีขาวซีด ลักษณะนุ่ม ก้นแผลเนื้อเยื่อสีแดง ไม่มี slough ไม่มีปวดแผล ไม่พบการติดเชื้อมของแผล การติดตามการมาตรวจตามนัดที่คลินิกเท้าเบาหวานครั้งที่ 2 พบว่า แผลแห้ง โดยผิวหนังบริเวณแผลปิด ผิวหนังรอบแผลสีน้ำตาลคล้ำเล็กน้อย ไม่มีอาการบวม แดง หรือร้อน ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย : 36.9 องศาเซลเซียส

4. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสื่อมสภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ตูดบู่หรือ วันละ 2 มวน มีตีมสุราเป็นบางครั้ง”

O : ผลตรวจการทำงานของไต พบค่า BUN = 86 mg/dl , Creatinine = 258 mg/dl , GFR = 23.90 ml/min/1.73 m² (ไตเรื้อรังระยะที่ 4) , FBS = 300 mg/dl , HbA1C = 10.9 %

วัตถุประสงค์การพยาบาล : 1. ลดปริมาณของเสียที่คั่งในร่างกาย 2.ชะลอการเสื่อมสภาพของไต

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 80-130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) น้อยกว่าร้อยละ 7

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

หัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ 2. ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ๆ ละประมาณ ๒๐ - ๔๕ นาที 3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมมากขึ้น
2. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ทราบสารอาหารและปริมาณสารอาหาร โดยเลือกอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลน้อยกว่า 20 กรัม
3. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยก และกางแขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย วันละประมาณ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน และในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้ง
4. แนะนำให้รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาและสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ Glipizide (5mg) 1 tab / OD, ac เข้า
5. ให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกัน และสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.1 แนะนำการสังเกตอาการ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จะมีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก สั่นตัวเย็น ชีต หิว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติ
 - 5.2 แนะนำการสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีอาการ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซิฟจรเต้นเร็ว หายใจหอบ ระดับความรู้สึกตัว ลดลง ซึมลง หมดสติ
 - 5.3 แนะนำการป้องกันและสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว ได้แก่
 - 5.3.1 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ควรพบจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการมองเห็น ถ้ามีอาการผิดปกติทางตา เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน ควรรีบปรึกษาจักษุแพทย์
 - 5.3.2 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ควรมีการตรวจการทำงานของไต ตามแผนการรักษาของแพทย์ และลดการทำงานของไต โดยการงดอาหารเค็ม รับประทานอาหารโปรตีนน้อยลง หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อไต สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าไตเสื่อมสภาพมากขึ้นและต้องมาพบแพทย์ทันทีเช่น ปัสสาวะบ่อยแต่ออกน้อย อาการบวมตามข้อ ขา และเท้า หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น
 - 5.3.3 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 80-130 mg/dl และบริหารมือและเท้า เพื่อช่วยลดอาการประสาทส่วนปลายเสื่อม สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมา พบแพทย์ เช่น 1) โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือแตก ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก เดินเซ พูดไม่ชัด ปวดศีรษะรุนแรง หรือซึม สับสนอย่างเฉียบพลัน 2) ปลายประสาทอักเสบเฉียบพลัน (Peripheral Neuropathy) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบ ขาปลายมือ ปลายเท้า 3) เส้นปลายประสาทอักเสบส่วนต้น (Proximal Neuropathy) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณ ต้นขา ปวดก้นกบ รวมถึงบริเวณสะโพก เวลาลุกจากที่นั่งลำบาก 4) เส้นประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Neuropathy) ผู้ป่วยอาจมีอาการกลืนอาหารลำบาก ปัสสาวะลำบาก ท้องผูกเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียนจากกระเพาะอาหารไม่ทำงาน ไม่รับรู้อาการน้ำตาลต่ำ และหย่อน

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สมรรถภาพทางเพศ 5) เส้นประสาทสมอง เช่น หนังตาตก หรือเห็นภาพซ้อน

5.3.4 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ทำให้เกิดเส้นเลือดตีบ แข็ง เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย และความดันโลหิตสูง สังเกต อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น อาการเจ็บแน่น หรืออึดอัดบริเวณหน้าอกหรือปวดเมื่อย หัวใจหรือปวดกราม หรืออุจจาระบริเวณลิ้นปี่ เป็นมากขณะออกกำลังกาย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ แน่นอึดอัด หายใจเข้าไม่เต็มปอด เป็นต้น

6. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

7. ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจัดโมเดลอาหารจำลองในแต่ละมื้อ เพื่อนำความรู้กลับไปใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามการมาตรวจตามนัดของแพทย์ที่คลินิกเท้าเบาหวาน ได้ซักถาม เพื่อประเมินการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ผู้ป่วยได้งดดื่มน้ำอัดลม และรับประทานอาหารจำพวกผัก ผลไม้มากขึ้น มีเนื้อสัตว์บ้าง เช่น เนื้อ หมู เนื้อปลา ออกกำลังกายโดยเดินรอบบ้าน สัปดาห์ละ 5 วัน เข้า และ เย็น ครั้งละประมาณ 10-15 นาที ผล ตรวจการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้นของเสียในเลือดลดลง BUN = 74 mg/dl, Creatinine = 241 mg/dl อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น = 27.09 ml/min/1.73 m² FBS ลดลง = 145 mg/dl ไม่มีอาการผิดปกติทางตา ทางสมอง และหัวใจ ไม่มีการบาดเจ็บหรือแผลที่เท้าเพิ่ม

6. เสี่ยงต่อการเป็นแผลที่เท้าซ้ำเนื่องจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยตรวจเท้าตนเอง ใส่รองเท้าแตะแบบสลิป เดินเท้าเปล่าในบ้าน”

O : ตอบคำถามเรื่องการดูแลเท้าได้ไม่ถูกต้อง

O : มีประวัติมีแผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา ก่อนมา 1 เดือน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและให้ความรู้เรื่องการล้างเท้าที่ถูกต้อง ทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อนทุกวัน และทำความสะอาดทันทีทุกครั้งที่เท้าเปื้อน หลังจากนั้นเช็ดเท้าให้แห้งทันทีด้วยผ้าเช็ด หรือผ้านุ่มที่สะอาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามซอกระหว่างนิ้วควรเช็ดให้แห้งสนิท เพื่อป้องกันการอับชื้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลได้ง่าย

2. สอนและสาธิตการตรวจเท้าและสำรวจเท้า เล็บเท้าอย่างละเอียด ว่ามีแผล รอยแดง รอยข้ำบวม หนอง คัน แข็ง หรือมีเล็บขบหรือไม่ ควรตรวจให้ทั่วทั้งฝ่าเท้าและหลังเท้า โดยเฉพาะตามซอกระหว่างนิ้วเท้า โดยกำหนดให้การตรวจเท้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน

3. ควรตัดเล็บเท้าด้วยความระมัดระวังโดยตัดขวางเป็นเส้นตรงและอย่าตัดสั้นเกินไป ควรใช้ตะไบลบคมเล็บ

4. บริหารเท้าทุกวัน อย่างน้อยวันละ 15 นาที โดยขยับนิ้วเท้าอย่างน้อยวันละ 3 รอบ รอบละ 10 ครั้ง ขยับข้อเท้าขึ้นลง และหมุนข้อเท้าเข้าออก การยกและกางแขนขาออก วันละประมาณ 20 นาที เพื่อให้การหมุนเวียนของเลือดไปที่เท้าดีขึ้น

5. แนะนำไม่ให้ใส่รองเท้าแตะประเภทคีบระหว่างนิ้วเท้า เพราะทำให้เกิดแผลตรงซอกนิ้วเท้าได้ง่าย รองเท้าที่เหมาะสมควรมีส่วนปิดป้องกันปลายเท้า หุ้มหรือมีสายรัดสันเท้า ปรับขนาดได้ ควรเลือกใส่รองเท้าที่พอดี

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เหมาะสมกับรูปเท้า ไม่ใส่รองเท้าที่คับ และหน้าแคบจนบีบหน้าเท้า หรือสั้นจนนิ้วเท้าจ่อ รองเท้าที่เหมาะสมควรกว้างและยาวพอสำหรับนิ้วเท้าทุกนิ้ว

6. แนะนำในการสวมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

6.1 สวมถุงเท้าเสมอก่อนใส่รองเท้า และเปลี่ยนถุงเท้าทุกวัน

6.2 ควรเลือกถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้าย ถุงเท้าที่ใส่ไม่ควรรัดแน่นจนเกินไป หากถุงเท้ามีตะเข็บควร กลับตะเข็บด้านในออก เพื่อไม่ให้ตะเข็บกดผิวหนังจนเป็นแผล

6.3 ก่อนใส่รองเท้าให้เคาะรองเท้า และตรวจดูภายในรองเท้าก่อนทุกครั้ง

6.4 หลังจากได้รองเท้าคู่มือมาในวันแรกให้ใส่เดิน ประมาณ 30 นาที หากรองเท้าไม่มีปัญหาอะไร ในวันที่ 2 ให้ใส่รองเท้าเดินเป็นเวลา 1 ชั่วโมง แล้วค่อย ๆ เพิ่มเวลาในการใช้งาน ทำแบบนี้เป็นเวลา 1 สัปดาห์

7. แนะนำให้ใส่รองเท้าตลอดเวลาทั้งในบ้านและนอกบ้าน เพื่อป้องกันการเดินเตะ หรือเหยียบสิ่ง แปลกปลอมที่แหลมคม

8. ประเมินความรู้การดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน (โดยการสอบถาม) สังเกตและประเมินพฤติกรรมการดูแลเท้าทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับการบริการ

9. นัดตรวจเท้าอย่างละเอียด ทุก 6 เดือน โดยมีการตรวจ ดังนี้

9.1 ตรวจดูสภาพเล็บ นิ้วหนัง โดยการตรวจดูเล็บเท้าทุกนิ้วว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ได้แก่ เล็บม้วน เล็บหนา แข็ง เล็บขบ เล็บเปราะ หรือมีการติดเชื้อรา ดูเชื้อราบริเวณง่ามนิ้วเท้า เป็นต้น ตรวจดูลักษณะนิ้วหนังทั่ว ทั้งฝ่าเท้า หลังเท้าว่ามีลักษณะ แห้งแตก รวมทั้งขอกนิ้วเท้าทุกนิ้ว โดยดูสีผิวซีด ผิวคล้ำหรือไม่ มีเชื้อราลอกเป็นขุย หรือเปื่อยขึ้น ขน หลุดร่วง ไม่มีเส้นขน นิ้วหนังแห้งบางเป็นมัน ตกสะเก็ดหรือไม่

9.2 ตรวจอุณหภูมิของนิ้วหนัง โดยใช้มือสัมผัสนิ้วหนังตั้งแต่หัวเข่าจนถึงนิ้วเท้าถ้าผิวหนังดูว่ามี ลักษณะบวมแดง ร้อนหรือไม่ถ้าพบว่าอุ่นกว่าปกติหรือผิวหนังบวมแดง แสดงว่ามีการอักเสบ ถ้าพบว่าผิวหนัง ซีดกว่าปกติ มักจะมีเท้าเย็นร่วมด้วย แสดงถึงการไหลเวียนเลือดไม่ดีอาจเกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่มาเลี้ยง

9.3 ตรวจดูตำแหน่งของหนังด้าน (Callus) หรือตาปลา ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแผลที่เท้าได้ ถ้าตรวจพบ ต้องขูดออก

9.4 ตรวจลักษณะการผิดรูปของเท้า ได้แก่ นิ้วเท้างอจิกพื้น (Claw/Hammer toes) นิ้วเท้ารูปค้อน (Hammer toe) นิ้วหัวแม่เท้าเกออก (Bunion, Hallux valgus) นิ้วหัวแม่เท้าเกเข้าด้านใน (Hallux valgus) ปลายเท้าชี้ลงพื้น (Equinus deformity) เท้าผิดรูปแบบชาร์โคต์ (Charcot's foot) และตรวจการเคลื่อนไหวของนิ้วเท้า ทุกนิ้วและข้อต่อต่าง ๆ

9.5 ตรวจดูว่ามีรอยกดซ้ำ รอยแดง หรือมีแผลที่เท้าหรือไม่

9.6 ประเมินสภาพปลายประสาท ด้วยโมโนฟิลาเมนต์ขนาด 5.07 เพื่อดูว่าเท้ายังมีการรับรู้ความรู้สึก ในการป้องกันตนเอง (Protective sense) อยู่หรือไม่

9.7 ประเมินการกระจายน้ำหนักที่ฝ่าเท้า โดยให้ผู้ป่วยยืนเหยียบบนแผ่นยางแป้นหมึกที่มี แผ่นกระดาษขาววางอยู่ด้านล่าง เพื่อประเมินแรงกดที่เท้า

9.8 ประเมินสภาพหลอดเลือด โดยคลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ได้แก่ ชีพจร Dorsalis pedis artery (อยู่บริเวณหลังเท้า ระหว่างนิ้วหัวแม่เท้ากับนิ้วชี้) และ Posterior tibial artery (อยู่บริเวณหลังตาตุ่มด้านใน) เทียบกับความแรงของชีพจรบริเวณข้อพับแขน

9.9 ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าว่าอยู่ในระดับสูง ปานกลาง หรือต่ำและให้การดูแลตามระดับความเสี่ยงนั้น ๆ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินภายหลังการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง และสาธิตย้อนกลับถึงการตรวจเท้าและดูแลเท้าได้ด้วยตนเอง และจากการซักถามผู้ป่วยเมื่อมาตรวจตามนัดของแพทย์ในครั้งต่อไป สามารถใช้รองเท้าคัทชูที่นํ้ากายอุปกรณ์ ตัดให้ทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน และใช้รองเท้ากีฬาที่ปรับเสริมพื้นให้นุ่มทุกครั้งที่ออกกำลังกาย สวมใส่รองเท้าเดิน ทั้งภายในและภายนอกบ้าน ในการมาตรวจตามนัดของแพทย์ครั้งที่ 2 ได้ทำการตรวจเท้าอย่างละเอียดพบว่า เล็บเท้า ผิวหนังปกติ เท้าไม่ผิดรูป ไม่มีอาการบาดเจ็บหรือแผลที่เท้าทั้ง 2 ข้าง เท้า 2 ข้าง ยังขาดเท้าข้างซ้ายบริเวณใต้นิ้วที่ 5 มีหนังด้านบาง ๆ (Callus) เล็กน้อยได้ขูด (Callus) ให้สูญเสียระดับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ทั้ง 4 จุด การกระจายน้ำหนักที่เท้ามีจุดลงน้ำหนักกดปิดกั้นน้อยกว่าเดิม ซึ่งจริงที่เท้าทั้งสองข้างปกติ ผลการตรวจเท้ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าทั้งสองข้าง

7. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบ่น "กลัวว่าตัดนิ้ว เป็นแผลมานานแล้ว เปื่อยหายคัก"

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น 2. ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมซึมเศร้า 3. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเรื่องความเจ็บป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตรยิ้ม แยมแจ่มใจ ไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษาและดูแล
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดงของโรค แผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับ
3. ก่อนให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นเพื่อลดความวิตกกังวล
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจ ปลอบโยนผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทางที่สงบไม่แสดง
5. ให้เวลาผู้ป่วยในการซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่าง ๆ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและบุตรด้วยความเต็มใจ

ประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นอยู่และผู้ป่วยสามารถปรับตัวเรื่องความเจ็บป่วยของตนเองได้

กรณีศึกษารายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป : ชายไทย อายุ 69 ปี น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร

อาการสำคัญ : มีแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย ก่อนมา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 3 เดือนก่อนมา พบแพทย์ด้วยอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย มีอาการชาที่เท้า ตะคริว ไม่มีขาอ่อนแรง ไม่เวียนศีรษะ ไม่ปวดศีรษะ เนื่องจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ล้มทำให้มีแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย 1 วันก่อนมา มีแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย มีหนองซึม ญาตินำส่งโรงพยาบาล

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : สูบบุหรี่ วันละ 1-2 มวน ดื่มสุราเป็นบางครั้ง
: มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน
: ปฏิเสธเพศยา ไม่เคยผ่าตัด

การตรวจร่างกาย : Vital signs : แกรับ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท, Good Consciousness, Heart: normal S1 S2, no murmur. Lung: clear both lung, Motor power grade 5, Pain score = 7, แผลที่หัวแม่มือเท้าข้างซ้าย มีหนองซึม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ลึก 0.25 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย, ตรวจประเมินสภาพเท้า ประเมินสภาพปลายประสาทด้วยโมโนฟิลาเมนต์ น้ำหนัก 10 กรัม พบว่าสูญเสียระดับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าข้างซ้าย 2 จุด ประเมินผลการตรวจมีความเสี่ยงต่ำ เท้าข้างขวา ประเมินผลการตรวจปกติ การตรวจอื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลการตรวจขั้นสูงทางห้องปฏิบัติการ : BUN = 21.7 mg/dl, Creatinine = 1.58 mg/dl, GFR = 36.84 ml/min/1.73 m² (ได้เรื้อรังระยะที่ 3), FBS = 300 mg/dl, HbA1C = 10.5 %, WBC = 11,050 cel/mm, Hct = 39 %

การวินิจฉัย : Diabetes Mellitus whit Infection wound Rt. Diabetic Foot

การรักษาที่ได้รับ : Glipizide (5mg) 1 tab/OD, ac เข้า, ASA (81) 1x1 Oral, pc, Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hr, pm

การพยาบาล : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า มีการนำกระบวนการและแนวความคิดการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนในชุมชน โดยการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของหน่วยงาน ผู้ป่วยคลินิกเท้าเบาหวานสามารถดูแลเท้า จัดการปัญหาเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ เกิดการคิดพิจารณา ตั้งแต่การตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินงาน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเท้าตามความเสี่ยงของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลตามกระบวนการหลักของการทำงาน

กระบวนการดูแลรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลที่หัวแม่มือเท้าข้างซ้าย

S : ผู้ป่วยบ่นว่า “มีไข้ ร้อน ๆ หนาว ๆ มา 2 วันแล้วครับ”

O : แผลที่หัวแม่มือเท้าข้างซ้ายมีหนองซึม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ลึก 0.25 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย

O : อุณหภูมิร่างกาย = อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส

O : DTX อยู่ระหว่าง = 300 mg/dl

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อติดตามภาวะติดเชื้อในร่างกาย

2. ให้ยาพาราเซตามอล (500 mg) 1 เม็ด เพื่อลดไข้และระงับปวดแผล

3. ดูแลทำความสะอาดแผลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% เช็ดรอบแผล ใช้ NSS Pack Gauze ชุบ Povidone - Iodine วันละ 1 ครั้ง เช้าและเย็น ขณะมาล้างแผลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน คำซ่า เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ

4. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป : รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่และถั่ว เมล็ดแห้ง เพื่อส่งเสริมการสมานของแผลและลดอาการปวดแผล

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

5. การเบี่ยงเบนความสนใจ จะช่วยให้ความรู้สึกความเจ็บปวดลดลง เช่น ฟังวิทยุ ดูดนตรี ดูโทรทัศน์ เป็นต้น ประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย แผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย ก้น แผลสีแดง ตื้นขึ้น ไม่บวม ไม่มีกลิ่นเหม็น ไม่มีหนองและไม่ปวดแผล DTX อยู่ระหว่าง : 150-200 mg/dl อุณหภูมิร่างกาย : 36.9 องศาเซลเซียส

2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดแผลมากครับขอ”

O : ขณะล้างแผลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ = พบว่าแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย มีหนองซึม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ลึก 0.25 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย

O : Pain score = 7

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความไม่สุขสบายจากปวดแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่ปวดแผลหรือทุเลาอาการปวดแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อติดตามภาวะติดเชื้อในร่างกาย

2. ให้ยาพาราเซตามอล (500 mg) 1 เม็ด เพื่อบรรเทาอาการปวด

3. ดูแลทำความสะอาดแผลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐% เช็ดรอบแผล ใช้ NSS Pack Gauze ซุป Povidone - Iodine วันละ 1 ครั้ง เข้าและเย็น ขณะมาล้างแผลที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อ

4. ให้คำแนะนำ : การรักษาความสะอาดของแผลที่เท้าขณะอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำชะ โดยไม่ให้แผลถูกน้ำ และดิน : การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป : รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ปลา ไข่และถั่วเมล็ดแห้ง เพื่อ ส่งเสริมการสมานของแผลและลดอาการปวดแผล : การเบี่ยงเบนความสนใจ จะช่วยให้ความรู้สึกความเจ็บปวดลดลง เช่น ฟังวิทยุ ดู ดนตรี ดูโทรทัศน์ เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล

จากการประเมินภายหลังการพยาบาล ผู้ป่วยไม่ปวดแผล Pain score = 4 แผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย ก้น แผลสีแดง ตื้นขึ้น ไม่บวม ไม่มีกลิ่นเหม็น DTX อยู่ระหว่าง : 130-150 mg/dl อุณหภูมิร่างกาย : 36.9 องศาเซลเซียส

3. เกิดแผลที่เท้าเนื่องจากมีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายและระบบ หลอดเลือดส่วนปลายจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “เท้าข้างซ้ายมีอาการชาเล็กน้อย มีตะคริว”

O : ผลการประเมินสภาพปลายประสาท ด้วยโมโนฟิลาเมนต์ น้ำหนัก 10 กรัม พบว่าพบว่าสูญเสียระดับความรู้สึกในการป้องกันตนเองที่เท้าข้างซ้าย 2 จุด

O : แผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย มีหนองซึม เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 เซนติเมตร ลึก 0.25 เซนติเมตร ก้นแผลมี slough สีเหลืองเล็กน้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล : 1. เพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล 2. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าสู่แผลทางผิวหนัง

O : FBS = 300 mg/dl , HbA1C = 10.5 %

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลแผลได้ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะเนื้อแผล ตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล สารคัดหลั่งออกจากแผล เพื่อค้นหา อุปสรรคในการขัดขวางการหายของแผล (เนื้อตาย ผิวหนังรอบแผลด้านหนา แรงกดทับบริเวณแผล) การติดเชื้อของแผล และวางแผนการดูแลและติดตามการหายของแผล
2. ตรวจสอบการไหลเวียนของเลือด โดยคลำชีพจรที่เท้า Dorsalis pedis artery และ Posterior tibial artery เพื่อประเมินว่าแผลมีเลือดมาเลี้ยงเพียงพอหรือไม่
3. ขูดผิวหนังบริเวณที่หนา (callus) รอบแผล และ curettage เอา slough ออกจนหมด เพื่อกำจัดสิ่งขัดขวางการหายของแผล
4. ทำแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ โดยใช้ Hydrocolloid gel เพื่อให้แผลมีความชุ่มชื้น และปิดแผลด้วย ผ้าก๊อสนิ่มติดแผล (Melolin)
5. ตัด soft foam เป็นรองเท้าชนิดครึ่งเดียว (half shoe) เพื่อลดแรงกดที่แผล (off – loading) บริเวณแผล ให้คำแนะนำวิธีการลงน้ำหนักบางส่วนองเท้า หลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักบริเวณปลายเท้าหรือบริเวณแผล
6. ให้คำแนะนำในการดูแลบาดแผล ได้แก่ ระวังอย่าให้แผลเปื่อยขึ้นหรือถูกน้ำ นอนยกเท้าข้างที่มีบาดแผลให้สูงกว่าระดับหัวใจ พักผ่อนให้เพียงพอ แนะนำให้รับประทานอาหารให้เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล ได้แก่ อาหารประเภทโปรตีน วิตามินซี วิตามินเอ ควบคุมการบริโภคอาหารที่ทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดสูง และรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ตามแผนการรักษา สังเกตบริเวณรอบแผล สารคัดหลั่งที่บ่งชี้ว่ามีการติดเชื้อของแผล
7. นัดมาตรวจที่คลินิกเท้าเบาหวานทุก 2 สัปดาห์ จนแผลหายดี

ประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามการมาตรวจตามนัดที่คลินิกเท้าเบาหวานครั้งที่ 1 พบว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลแผลได้ดี แผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย ตื้นเล็กน้อย ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 1.0 เซนติเมตร ลึก 0.2 เซนติเมตร ก้นแผลเนื้อเยื่อสีแดง ไม่มี slough ไม่มีอาการชาที่เท้า ไม่มีตะคริว ไม่มีอาการปวดแผล ไม่พบการติดเชื้อของแผล การติดตามการมาตรวจตามนัดที่คลินิกเท้าเบาหวานครั้งที่ 2 พบว่า แผลแห้งดี โดยผิวหนังบริเวณแผลปิด ผิวหนังรอบแผลสีน้ำตาลเล็กน้อย ไม่มีอาการบวม แดง หรือร้อน ไม่มีไข้ DTX อยู่ระหว่าง : 130-150 mg/dl อุณหภูมิร่างกาย : 36.9 องศาเซลเซียส

4. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสื่อมสภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ดูตบู่หรือ วันละ 1-2 มวน มีตีมีสุราเป็นบางครั้ง”

O : ผลตรวจการทำงานของไต พบค่า : BUN = 21.7 mg/dl , Creatinine = 1.58 mg/dl , GFR = 36.84 ml/min/1.73 m² (ไตเรื้อรังระยะที่ 3) , FBS = 300 mg/dl , HbA1C = 10.5 %

วัตถุประสงค์การพยาบาล : 1. ลดปริมาณของเสียที่คั่งในร่างกาย 2. ชะลอการเสื่อมสภาพของไต

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 80-130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

(HBA1c) น้อยกว่าร้อยละ 7

3. แนะนำการบริโภคอาหารให้เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น เช่น ผักที่มีปริมาณโปแตสเซียม น้อย รับประทานโปรตีนคุณภาพ คือ เนื้อปลา ไข่ขาว ลดอาหารประเภทที่มีโปรตีนสูง จำกัดการรับประทานเกลือหรืออาหารที่มีรสเค็ม และที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง
4. ดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 6-8 แก้ว หรือ 2 ลิตรต่อวัน หากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร่วมกับอาการบวม แนะนำให้จำกัดน้ำดื่ม 700-1,000 มิลลิลิตรต่อวัน และกลับมาพบแพทย์
5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกระดูก ยาถูกกลอน และยาสมุนไพรที่ไม่ได้รับการรับรอง เนื่องจากทำให้ไต เสื่อมเร็ว
6. ควบคุมน้ำหนักตัวดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร
7. ออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์วันละ 30 จะช่วยทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
8. งดสูบบุหรี่ เนื่องจาก resistance ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ และส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อหน่วยไตและทำให้ไตเสื่อมลง
9. งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ปัสสาวะบ่อย ร่างกายจะสูญเสียน้ำ ทำให้ความเข้มข้นของโซเดียมสูง ไตต้องทำงานหนักเพื่อขับโซเดียมออกจากร่างกาย
10. พยายามหลีกเลี่ยงความเครียด เนื่องจากทำให้ร่างกายพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้เมื่อเกิดความเครียด การหายใจเอาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆได้ไม่เต็มที่
11. สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าไตเสื่อมสภาพมากขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะออกน้อย อาการบวมตามข้อ ขา และเท้า หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น หากมีอาการเหล่านี้ ให้กลับมาพบแพทย์ทันที
12. แนะนำให้รับประทานยา Sodamint (300 mg) 1 tab /bid pc ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ซึ่งภาวะนี้ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงไตมีออกซิเจนน้อยลงไตจึงเสื่อมสภาพมากขึ้น
13. ติดตามผลตรวจการทำงานของไต ได้แก่ BUN, Creatinine, GFR เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามการมาตรวจตามนัดของแพทย์ที่คลินิกเบาหวาน 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 3 เดือน พบว่า ผลตรวจการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น โดยครั้งที่ 1 ค่า BUN = 22 mg/dl, Creatinine = 2.0 mg/dl ไตเสื่อมสภาพอยู่ในระยะที่ 3 GFR = 35.08 ml/min/1.73 m², BP = 120/70 mmHg, FBS = 190 mg/dl, HbA1C = 9.9 % และครั้งที่ 2 ค่า BUN = 18 mg/dl, Creatinine = 2.0 mg/dl ไตเสื่อมสภาพอยู่ในระยะที่ 3, GFR = 34.09 ml/min/1.73 m², FBS = 105-200 mg/dl, BP = 128/72 mmHg ยังสูบบุหรี่วันละ 1-2 มวน เลิกดื่มสุรา 2 เดือน

5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ดูดีขึ้น วันละ 2 มวน มีดื่มสุราเป็นบางครั้ง”

O : ผู้ป่วยบอกว่า “ชอบรับประทานอาหารรสหวาน จะกินข้าวไม่ตรงเวลา ไม่ชอบออกกำลังกาย”

O : ผลตรวจการทำงานของไต พบค่า BUN = 21.7 mg/dl, Creatinine = 1.58 mg/dl, GFR = 36.84 ml/min/1.73 m² (ไตเสื่อมระยะที่ 3), FBS = 300 mg/dl, HbA1C = 10.5 %

วัตถุประสงค์การพยาบาล : 1. เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานถูกต้อง 3. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา สมองและ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

หัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ 2. ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละประมาณ 20-45 นาที 3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้และแนะนำเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 เพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมมากขึ้น
2. สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ เพื่อให้ทราบสารอาหารและปริมาณสารอาหาร โดยเลือกอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลน้อยกว่า 20 กรัม
3. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยก และกางแขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย วันละประมาณ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน และในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้ง
4. แนะนำให้รับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาและสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่ Glipizide (5mg) 1 tab / OD, ac เข้า
5. ให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกัน และสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวาน
 - 5.1 แนะนำการสังเกตอาการ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จะมีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก สั่น ตัวเย็น ซีด ทิว หนาวกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติ
 - 5.2 แนะนำการสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) จะมีอาการ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซิฟจรเด่นเร็ว หายใจหอบ ระดับความรู้สึกตัว ลดลง ซึมลง หมดสติ
 - 5.3 แนะนำการป้องกันและสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว ได้แก่
 - 5.3.1 ภาวะแทรกซ้อนทางตา ควรพบจักษุแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินการมองเห็น ถ้ามีอาการผิดปกติทางตา เช่น ตามัว มองเห็นภาพซ้อน ควรรีบปรึกษาจักษุแพทย์
 - 5.3.2 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ควรมีการตรวจการทำงานของไต ตามแผนการรักษาของแพทย์ และลดการทำงานของไต โดยการงดอาหารเค็ม รับประทานอาหารโปรตีนน้อยลง หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อไต สังเกตอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าไตเสื่อมสภาพมากขึ้นและต้องมาพบแพทย์ทันทีเช่น ปัสสาวะบ่อยแต่ออกน้อย อาการบวมตามข้อ ขา และเท้า หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น
 - 5.3.3 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ควรควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือ 80-130 mg/dl และบริหารมือและเท้า เพื่อช่วยลดอาการประสาทส่วนปลายเสื่อม สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น 1) โรคหลอดเลือดสมองตีบ หรือแตก ผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก เดินเซ พูดไม่ชัด ปวดศีรษะรุนแรง หรือซึม สับสนอย่างเฉียบพลัน 2) ปลายประสาทอักเสบเฉียบพลัน (Peripheral Neuropathy) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบ ชาปลายมือ ปลายเท้า 3) เส้นปลายประสาทอักเสบส่วนต้น (Proximal Neuropathy) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณ ต้นขา ปวดก้นกบ รวมถึงบริเวณสะโพก เวลาลุกจากทำนั่งลำบาก 4) เส้นประสาทอัตโนมัติ (Autonomic Neuropathy) ผู้ป่วยอาจมีอาการคลื่นอุจจาระ ปัสสาวะลำบาก ท้องผูกเรื้อรัง คลื่นไส้ อาเจียนจากกระเพาะอาหารไม่ทำงาน ไม่รับรู้อาการน้ำตาลต่ำ และหย่อน

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สมรรถภาพทางเพศ 5) เส้นประสาทสมอง เช่น หนังตาตก หรือเห็นภาพซ้อน

5.3.4 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ลดปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ทำให้เกิดเส้นเลือดตีบ แข็ง เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย และความดันโลหิตสูง สังเกต อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น อาการเจ็บแน่น หรืออึดอัดบริเวณหน้าอกหรือปวดเมื่อย หัวไหล่หรือปวดกราม หรืออุจจาระมีเลือดปน เป็นมากขณะออกกำลังกาย หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ แน่นอึดอัด หายใจเข้าไม่เต็มปอด เป็นต้น

6. แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

7. ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติจัดโมเดลอาหารจำลองในแต่ละมื้อ เพื่อนำความรู้กลับไปใช้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ประเมินผลการพยาบาล

จากการติดตามการมาตรวจตามนัดของแพทย์ที่คลินิกเท้าเบาหวาน ได้ซักถาม เพื่อประเมินการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานได้ ออกกำลังกายโดยเดินรอบบ้าน สัปดาห์ละ 3 วัน เช้า และ เย็น ครั้งละประมาณ 15 นาที ผล ตรวจการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้นของเสียในเลือดค่า BUN = 18 mg/dl, Creatinine = 2.0 mg/dl ไตเสื่อมสภาพอยู่ในระยะที่ 3, GFR = 34.09 ml/min/1.73 m², FBS = 105-200 mg/dl, BP = 128/72 mmHg ยังสูบบุหรี่วันละ 1-2 มวน เลิกดื่มสุรา 2 เดือน ไม่มีอาการผิดปกติทางตา ทางสมองและหัวใจ ไม่มีอาการบาดเจ็บหรือแผลที่เท้าเพิ่ม

6. เสี่ยงต่อการเป็นแผลที่เท้าซ้ำเนื่องจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพเท้าไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ชอบใส่รองเท้าแตะแบบคิบบ์”

O : ตอบคำถามเรื่องการดูแลเท้าได้ไม่ถูกต้อง

O : มีประวัติมีแผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา ก่อนมา 1 เดือน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและให้ความรู้เรื่องการล้างเท้าที่ถูกต้อง ทำความสะอาดเท้าด้วยน้ำสะอาดและสบู่อ่อนทุกวัน และทำความสะอาดทันทีทุกครั้งที่เท้าเปื้อน หลังจากนั้นเช็ดเท้าให้แห้งทันทีด้วยผ้าเช็ด หรือผ้านุ่มที่สะอาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตามซอกระหว่างนิ้วควรเช็ดให้แห้งสนิท เพื่อป้องกันการอับชื้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดแผลได้ง่าย

2. สอนและสาธิตการตรวจเท้าและสำรวจเท้า เล็บเท้าอย่างละเอียด ว่ามีแผล รอยแดง รอยช้ำบวม หนอง ด้านแข็ง หรือมีเล็บขบหรือไม่ ควรตรวจให้ทั่วทั้งฝ่าเท้าและหลังเท้า โดยเฉพาะตามซอกระหว่างนิ้วเท้า โดยกำหนดให้การตรวจเท้าเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน

3. ควรตัดเล็บเท้าด้วยความระมัดระวังโดยตัดขวางเป็นเส้นตรงและอย่าตัดสั้นเกินไป ควรใช้ตะไบลบคมเล็บ

4. บริหารเท้าทุกวัน อย่างน้อยวันละ 15 นาที โดยขยับนิ้วเท้าอย่างน้อยวันละ 3 รอบ รอบละ 10 ครั้ง ขยับข้อเท้าขึ้นลง และหมุนข้อเท้าเข้าออก การยกและกางแขนขาออก วันละประมาณ 20 นาที เพื่อให้การหมุนเวียนของเลือดไปที่เท้าดีขึ้น

5. แนะนำไม่ให้ใส่รองเท้าแตะประเภทคิบบ์ระหว่างนิ้วเท้า เพราะทำให้เกิดแผลตรงซอกนิ้วเท้าได้ง่าย รองเท้า ที่เหมาะสมควรมีส่วนปิดป้องกันปลายเท้า หุ้มหรือมีสายรัดส้นเท้า ปรับขนาดได้ ควรเลือกใส่รองเท้าที่พอดี

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

เหมาะสมกับรูปเท้า ไม่ใส่รองเท้าที่คับ และหน้าแคบจนบีบหน้าเท้า หรือสั้นจนนิ้วเท้างอ รองเท้าที่เหมาะสมควรกว้างและยาวพอสำหรับนิ้วเท้าทุกนิ้ว

6. แนะนำในการสวมรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

6.1 สวมถุงเท้าเสมอ ก่อนใส่รองเท้า และเปลี่ยนถุงเท้าทุกวัน

6.2 ควรเลือกถุงเท้าที่ทำจากผ้าฝ้าย ถุงเท้าที่ใส่ไม่ควรรัดแน่นจนเกินไป หากถุงเท้ามีตะเข็บควร กลับตะเข็บด้านในออก เพื่อไม่ให้ตะเข็บกดผิวหนังจนเป็นแผล

6.3 ก่อนใส่รองเท้าให้เคาะรองเท้า และตรวจดูภายในรองเท้าก่อนทุกครั้ง

6.4 หลังจากได้รองเท้าคู่มือมาในวันแรกให้ใส่เดิน ประมาณ 30 นาที หากรองเท้าไม่มีปัญหาอะไร ในวันที่ 2 ให้ใส่รองเท้าเดินเป็นเวลา 1 ชั่วโมง แล้วค่อย ๆ เพิ่มเวลาในการใช้งาน ทำแบบนี้เป็นเวลา 1 สัปดาห์

7. แนะนำให้ใส่รองเท้าตลอดเวลาทั้งในบ้านและนอกบ้าน เพื่อป้องกันการเดินเตะ หรือเหยียบสิ่ง แปลกปลอมที่แหลมคม

8. ประเมินความรู้การดูแลเท้าในชีวิตประจำวัน (โดยการสอบถาม) สังเกตและประเมินพฤติกรรมดูแลเท้าทุกครั้ง que ผู้ป่วยมารับการบริการ

9. นัดตรวจเท้าอย่างละเอียด ทุก 6 เดือน โดยมีการตรวจ ดังนี้

9.1 ตรวจดูสภาพเล็บ ผิวหนัง โดยการตรวจดูเล็บเท้าทุกนิ้วว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ได้แก่ เล็บม้วน เล็บหนา แข็ง เล็บขบ เล็บเปราะ หรือมีการติดเชื้อรา ดูเชื้อราบริเวณง่ามนิ้วเท้า เป็นต้น ตรวจดูลักษณะผิวหนังทั่ว ทั้งฝ่าเท้า หลังเท้าว่ามีลักษณะ แห้งแตก รวมทั้งซอกนิ้วเท้าทุกนิ้ว โดยดูสีผิวซีด ผิวล้ำหรือไม่มี มีเชื้อราลอกเป็นขุย หรือเปื่อยขึ้น ขน หลุดร่วง ไม่มีเส้นขน ผิวหนังแห้งบางเป็นมัน ตกสะเก็ดหรือไม่

9.2 ตรวจดูอุณหภูมิของผิวหนัง โดยใช้มือสัมผัสผิวหนังตั้งแต่หัวเข่าจนถึงนิ้วเท้าคลำผิวหนังว่ามี ลักษณะ บวมแดง ร้อนหรือไม่ถ้าพบว่าอุ่นกว่าปกติหรือผิวหนังบวมแดง แสดงว่ามีการอักเสบ ถ้าพบว่าผิวหนัง ซีดกว่าปกติ มักจะมีเท้าเย็นร่วมด้วย แสดงถึงการไหลเวียนเลือดไม่ดีอาจเกิดการอุดตันของเส้นเลือดที่มาเลี้ยง

9.3 ตรวจดูตำแหน่งของหนังดำน (Callus) หรือตาปลา ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดแผลที่เท้าได้ ถ้าตรวจพบ ต้องขูดออก

9.4 ตรวจดูลักษณะการผิดรูปของเท้า ได้แก่ นิ้วเท้างอจิกพื้น (Claw/Hammer toes) นิ้วเท้ารูปฆ้อง(Hammer toe) นิ้วหัวแม่เท้าเกออก (Bunion, Hallux valgus) นิ้วหัวแม่เท้ากดเข้าด้านใน (Hallux varus) ปลายเท้าชี้ลงพื้น (Equinus deformity) เท้าผิดรูปแบบชาร์โคท (Charcot's foot) และตรวจการเคลื่อนไหวของนิ้วเท้าทุกนิ้วและข้อต่อต่าง ๆ

9.5 ตรวจดูว่ามีรอยกดข้ำ รอยแดง หรือมีแผลที่เท้าหรือไม่

9.6 ประเมินสภาพปลายประสาท ด้วยโมโนไฟลิวเมนต์ขนาด 5.07 เพื่อดูว่าเท้ายังมีการรับรู้ความรู้สึก ในการป้องกันตนเอง (Protective sense) อยู่หรือไม่

9.7 ประเมินการกระจายน้ำหนักที่ฝ่าเท้า โดยให้ผู้ป่วยยืนเหยียบบนแผ่นยางแป้นหมึกที่มี แผ่นกระดาษขาววางอยู่ด้านล่าง เพื่อประเมินแรงกดที่เท้า

9.8 ประเมินสภาพหลอดเลือด โดยคลำชีพจรที่เท้าทั้ง 2 ข้าง ได้แก่ ชีพจร Dorsalis pedis artery (อยู่บริเวณหลังเท้า ระหว่างนิ้วหัวแม่เท้ากับนิ้วชี้) และ Posterior tibial artery (อยู่บริเวณหลังตาตุ่มด้านใน) เทียบกับความเร็วของชีพจรบริเวณข้อพับแขน

9.9 ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าว่าอยู่ในระดับสูง ปานกลาง หรือต่ำและให้การดูแลตามระดับความเสี่ยงนั้น ๆ

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค	ชายไทย อายุ 57 ปี สูบบุหรี่ วันละ 2 มวน ดื่มสุราเป็นบางครั้ง ไม่มีโรคประจำตัว ปฏิเสธแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด	ชายไทย อายุ 69 ปี สูบบุหรี่ วันละ 1-2 มวน ดื่มสุราเป็นบางครั้ง มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ปฏิเสธแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด	ทั้ง 2 กรณีศึกษามีปัจจัยเสี่ยงต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 วัยผู้ใหญ่ กรณีศึกษาที่ 2 มีโรคประจำตัว
2. พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง	1 วันก่อนมา ผลที่เท้าข้างขวาบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา	1 วันก่อนมา มีแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย มีหนองซึม	กรณีศึกษา 2 รายพบว่า มีแผลที่เท้าแตกต่างกันตำแหน่ง มีความแตกต่างกันเรื่องอายุ อาชีพ และเศรษฐกิจ
3. การรักษา	Glipizide (5mg) 1 tab/OD, ac เข้า , Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hr/pm ,ล้างแผล แผลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% เช็ดรอบแผล ใช้ NSS Pack Gauze ชุบ Povidone - Iodine วันละ 1 ครั้ง เข้าและเย็นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำข้า	Glipizide (5mg) 1 tab/OD, ac เข้า , ASA (81) 1x1 Oral, pc , Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hr/pm ,ล้างแผล แผลโดยยึดหลัก Aseptic Technique ล้างแผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% เช็ดรอบแผล ใช้ NSS Pack Gauze ชุบ Povidone - Iodine วันละ 1 ครั้ง เข้าและเย็นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำข้า	กรณีศึกษา 2 รายได้รักษาพยาบาลเหมือนกัน แพทย์แนะนำและดูแลล้างแผลต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนคำข้า แต่กรณีรายที่ 1 ขอบลิ้นกินยาก่อนอาหารเป็นบางวัน
4. ปัญหาและการวินิจฉัยทางการแพทย์	1. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่เท้าข้างขวา 3. เกิดแผลที่เท้าเนื่องจากมีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายและระบบหลอดเลือดส่วนปลายจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน	1. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากมีแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย 2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลที่หัวแม่เท้าข้างซ้าย 3. เกิดแผลที่เท้าเนื่องจากมีความเสื่อมของระบบประสาทส่วนปลายและระบบหลอดเลือดส่วนปลายจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน 4. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาคล้ายคลึงกัน พยาบาลควบคุมระดับน้ำตาลเหมือนกัน ให้การพยาบาลดูแลแผลที่ต่อเนื่องเนื่องทั้ง 2 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
	<p>4. มีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย</p> <p>5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น</p> <p>เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน</p> <p>6. เสี่ยงต่อการเป็นแผลที่เท้า</p> <p>ซ้ำเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าไม่เหมาะสม</p> <p>7. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ</p>	<p>จากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน</p> <p>6. เสี่ยงต่อการเป็นแผลที่เท้าซ้ำ</p> <p>เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าไม่เหมาะสม</p> <p>7. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และครอบครัวมีส่วนร่วมน้อยในการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ</p>	<p>ทำตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ คลายความวิตกกังวลลง มีความอดทนในการรักษาจนแผลดีขึ้น เป็นลำดับและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข</p>
<p>5. การวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การบริหารเท้า โดยการสาธิตและฝึกทักษะการตรวจเท้า การดูแลเท้า และการบริหารเท้า รวมถึงการพบทวนความเข้าใจ เน้นการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และได้รับยา Glipizide (5mg) 1 tab / OD, ac เช้า , Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hr, pm, พยาบาลแนะนำมาทำแผลทุกวัน จึงใช้วิธีการล้างแผลโดยชุดหิ้งแข็งออก ให้การดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง แผลหายดี ในระยะเวลา 2 สัปดาห์</p>	<p>ผู้ป่วยได้รับการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า การบริหารเท้า โดยการสาธิตและฝึกทักษะการตรวจเท้า การดูแลเท้า และการบริหารเท้า รวมถึงการพบทวนความเข้าใจ เน้นการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และได้รับยา Glipizide (5mg) 1 tab / OD, ac เช้า , ASA (81) 1x1 Oral, pc , Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hr, pm, พยาบาลแนะนำมาทำแผลทุกวัน แผลหายดี ในระยะเวลา 2 สัปดาห์</p>	<p>กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการดูแลเท้า รวมถึงการ พบทวนความเข้าใจ เน้นการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งจากการติดตามเป็นระยะ ๆ ในช่วง 2 เดือนพบว่าหลังจากได้รับความรู้คำแนะนำ ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตาม สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ ถูกต้องงดการดื่มน้ำอัดลม และออกกำลังกาย</p>

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			<p>สม่ำเสมอ สามารถดูแลเท้าด้วยตนเองอย่างถูกต้อง แผลที่เท้าหายภายใน 1 เดือนและไม่เกิดแผลที่เท้าซ้ำอีก ไม่มีเชื้อราบริเวณซอกนิ้วเท้า ระดับน้ำตาลในเลือดสามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ภาวะไตเสื่อมสภาพและภาวะซีด มีแนวโน้มดีขึ้น นัดตรวจที่คลินิกเท้าเบาหวาน ทุก 1 เดือน ร่วมกับการติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการชะลอไตเสื่อมตามที่แพทย์นัด ตรวจที่คลินิกเท้าเบาหวานทุก 3 เดือน</p>

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 57 ปี สถานะเป็นคู่ อาชีพเกษตรกรและรับจ้าง ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมีแผลบริเวณโคนนิ้วหัวแม่มือเท้าข้างขวา ผู้ป่วยได้มาพบแพทย์คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลน้ำยืมเนื่องจากแผลมีขอบซีด และเป็นขุย มีเนื้อตาย แต่ไม่มีบวมแดง ไม่มี discharge ซีม มาปรึกษาแพทย์ให้ dressing OD จากนั้นนัดให้ล้างแผลทุกวัน แต่อาการทรุดลง แผลขยายวงกว้างมากขึ้น ระดับน้ำตาลไม่ปกติ FBS อยู่ในช่วง 150 - 300 mg/dl HbA1c = 10.9 การรักษาที่ได้รับ Glipizide (5mg) 1 tab / OD, ac เข้า , Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 4-6 hrpm ผู้ป่วยเข้าใจในสภาพแผลเบาหวาน ตามการรับรู้จากแพทย์พยาบาลแนะนำมาทำแผลทุกวัน จึงใช้วิธีการล้างแผลโดยชุบน้ำแข็งออก ให้การดูแลแผลอย่างต่อเนื่อง แผลหายดี ในระยะเวลา 2 สัปดาห์

กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 69 ปี สถานะคู่ อาชีพเกษตรกร ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานมีแผลที่หัว

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

แม่เท้าข้างซ้าย มาพบแพทย์ ด้วยอาการเหนียวอ่อนเพลีย มีอาการขาที่เท้า ตะคริว ไม่มีขาอ่อนแรง ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่ปวดศีรษะ เนื่องจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ล้มทำให้มีแผลที่เท้าแม่เท้าข้างซ้าย ระดับน้ำตาลไม่ปกติ FBS อยู่ในช่วง 100 - 300 mg/dl HbA1c = 10.5 การรักษาที่ได้รับ Glipizide (5mg) 1 tab/OD, ac เข้า , ASA (81) 1x1 Oral, pc, Paracetamol (500mg) 1 tab Oral q 4-6 hr, prn พยาบาลแนะนำมาทำแผลทุกวัน แผลหายดี ในระยะเวลา 2 สัปดาห์

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1. แผลที่เท้าหายดีตามระยะเวลาการหายของแผล
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา สมอง ไตและหัวใจ จากโรคเบาหวาน
3. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังลดลง
4. ไม่เกิดแผลที่เท้าซ้ำ
5. ไม่พบการติดเชื้อในร่างกาย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

6.1.1 ด้านผู้รับบริการ (ผู้ป่วย)

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่องการดูแลแผลเรื้อรัง สามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้

2) ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา สมอง และหัวใจ จากโรคเบาหวาน

6.1.2 ด้านผู้ให้บริการ

1) เครือข่ายบริการสุขภาพเป็นทีมงานที่เข้มแข็ง เป็นต้นแบบการดูแลเบาหวานที่มีแผลเรื้อรัง

2) เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3) เพื่อใช้เป็นเอกสารในการประกอบการศึกษา และวางแผนการพยาบาล สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลทุกระดับภายใน และภายนอกหน่วยงาน

4) ใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของคลินิกเท้าเบาหวาน

6.1.3 ด้านองค์กร

1) สนองตอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2) หน่วยบริการทุกระดับรับการรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้าลดลง ภาระงานเชิงระบบในการดูแลผู้ป่วยพิการ โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาตอัมพาต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3) หน่วยงานมีระบบดูแลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เข้าถึงการรักษาได้ทันเวลาตามมาตรฐานได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายนี้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลที่เท้า และมีปัจจัยหลายปัจจัยที่ขัดขวางกระบวนการการหายของแผล ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะซีด รอบแผลมีหนังแข็งด้าน ภายในแผลมีเนื้อตาย (slough) และจากการเป็นเบาหวานมานานทำให้หลอดเลือดแข็ง ตีบ การไหลเวียนเลือดมาบริเวณแผลลดลง รวมทั้งมีการเสื่อมของปลายประสาททำให้ประสาทการรับรู้สัมผัสและควบคุมกล้ามเนื้อที่เท้าเสื่อม จึงมีจุดรับน้ำหนักมากผิดปกติในบางจุด โดยเฉพาะบริเวณแผล รวมถึงเท้าขาไม่สามารถรับรู้ถึงแรงกดทับที่ผิดปกติ ซึ่งหากผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้ อาจนำไปสู่การลุกลามของแผล

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

และเกิดการติดเชื้อของแผล และในที่สุดผู้ป่วยอาจถูกตัดเท้า ตัดขา เกิดความพิการตามมา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานรายนี้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าซ้ำ สิ่งสำคัญที่สุด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยการให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้ รับประทานอาหารในปริมาณพลังงานที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายและกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน รับประทานอาหารเป็นเวลา หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง ใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และออกกำลังกายสม่ำเสมอครั้งละประมาณ 20-30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าตั้งแต่ระยะแรก โดยการตรวจการตรวจ ประเมินสภาพผิวหนัง เล็บเท้า การประเมินสภาพปลายประสาท การประเมินลักษณะเท้าผิดปกติ การประเมิน สภาพหลอดเลือด การประเมินการกระจายน้ำหนักที่เท้า การตรวจวัดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ปลายเท้า เพื่อวางแผนการดูแลและให้ความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 2 ราย มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอาการนำสำคัญ การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้ยา แต่มีผลที่เท้าแตกต่างกัน ตำแหน่ง มีความแตกต่างกันเรื่องอายุ อาชีพและเศรษฐกิจ การให้การพยาบาลควบคุมระดับน้ำตาลเหมือนกันและให้การพยาบาลดูแลแผลที่ได้อย่างต่อเนื่องทั้ง 2 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเท้าตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ คลายความวิตกกังวลลดลง มีความอดทนในการรักษา จนแผลดีขึ้นเป็นลำดับและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

10. การเผยแพร่

นำเสนอวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่มีแผลเรื้อรังที่เท้า:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาวิชาชีพ เพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงความท้าทายในอนาคต ปี 2567 ในวันที่ 28-29 ตุลาคม 2566 จัดโดยมูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชน ร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1. นางสาวสุพัตรา บุญชิต สักส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)



(นางสาวสุพัตรา บุญชิต)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 5 มกราคม 2567

ผู้ขอประเมิน

แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวสุพัตรา บุญเลิศ	
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางรัชณี ทองเนตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

(วันที่) 5 มกราคม 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายชัยวัฒน์ ดาราสิขณม์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำเย็น

(วันที่) 5 มกราคม 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี

2. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่ต้องได้รับการควบคุมดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ทุพพลภาพหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Kosonjit & Noimuenwai, 2017; National Health Security Office [NHSO], 2011) ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย (Chaiyarit & Jansombatsiri, 2017; NHSO, 2011) ทำให้เกิด การเสื่อมสภาพของหลอดเลือด เกิดการตีบแข็งของหลอดเลือด เกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด การ ไหลเวียนโลหิตเสียสภาพไป ส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดการเสื่อมสภาพของจอประสาทตา เกิด ภาวะไตวายเรื้อรัง ส่งผลให้กระบวนการส่งกระแสประสาทเข้าในส่วนของการรับรู้ความรู้สึกและระบบประสาท ส่วนกลาง และมีผลให้เกิดอาหารขาดบริเวณอวัยวะส่วนปลาย (ADA, 2013) จากรายงานของสถาบันวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Institute for Community Health System Research and Development, 2009) รายงานว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งรายเก่าและใหม่ พบได้ถึงร้อยละ 21.0 ของผู้ที่เป็น เบาหวานทั้งหมด และมีผู้ที่เป็นเบาหวานเพียง 1 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 30.0 ที่สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ ดังนั้น ผู้ที่เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างเป็นระบบ การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานมีเป้าหมายหลัก คือ การไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีโรคร่วม โดยเน้นควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติหรือใกล้เคียงปกติ (NHSO, 2011) การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากผู้ที่เป็นเบาหวานและ/หรือผู้ดูแล แพทย์และทีมงานผู้ดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นเบาหวานให้ถูกต้อง มีการ บริโภค อาหารตามหลักโภชนาการและการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ร่วมกับการตรวจตามนัด และการ ประเมินภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ (ADA, 2013; NHSO, 2011) แนวคิดการมีส่วนร่วมถือเป็นแนวคิดหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกระบวนการ ตั้งแต่การตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินงาน มีส่วนร่วมในทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์ (NHSO, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) คือ การมีส่วนร่วม หมายถึงการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน โดยมีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากการทบทวนการนำแนวคิด การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวานโดยการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งให้ผู้ที่เป็นเบาหวานในชุมชนมีส่วนร่วม ในการวิเคราะห์ ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อค้นหารูปแบบในการดูแลสุขภาพ ผลที่ได้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ที่เป็นเบาหวานดีขึ้น ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนการคลายความเครียด และการรักษาต่อเนื่อง (Phong-prapapan, Sanveingchan, & Panya, 2013)

ผู้ศึกษาได้เล็งเห็นความสำคัญ จึงต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นเบาหวานดูแลตนเองและมีการปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนและอันตรายจากโรคเบาหวานในชุมชนต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1. บทวิเคราะห์

ปัจจุบันแนวคิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change model) เป็นแนวคิดหนึ่งที่นักส่งเสริมสุขภาพ นำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยสอดคล้องกับความพร้อมของแต่ละ รายในการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ รวมถึงสุขภาพของสังคม โดยมีกลุ่มสมาชิกในครอบครัว และผู้ให้การดูแล เป็นคนที่คอยให้คำแนะนำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เป็นเพื่อนรับฟัง-ปรึกษาความคิดเห็นต่างๆ ของครอบครัว เป็นผู้ติดต่อประสานให้การช่วยเหลือในกรณีที่ต้องปรึกษาหรือส่งต่อผู้ป่วยในครอบครัวที่ดูแล หรือติดต่อประสานงาน กับบุคลากรอื่น

โรงพยาบาลน้ำยั้น มีนโยบายเพื่อลดปัญหาการแออัดในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องถูกส่งตัวไปที่ชุมชน เพื่อรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในชุมชน จะทำหน้าที่ในการสอน ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการควบคุมระดับน้ำตาล ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมา

3.2 แนวความคิด

การศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen and Uphoff (1977) ได้แก่ การดำเนิน การมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาในระยะที่ 1 และระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงาน

โดยในระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ระยะที่ 2 ขั้นดำเนินการ เป็นการใช้อกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เป็นระยะที่นำรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานที่พัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปดำเนินการในชุมชน ระยะที่ 3 ขั้น เป็นระยะที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นโดยการวัดความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวาน

3.3 ข้อเสนอข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งต่อเพื่อรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน มีจำนวนมาก การให้ความรู้หรือคำแนะนำ ไม่สามารถทำให้ได้ประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยต้องงดน้ำ งดอาหาร คิวรอตรวจที่ค่อนข้างยาว ทำให้การให้คำแนะนำ การสอน มีค่อนข้างจำกัด บางครั้งทำให้เกิดความล่าช้า เพราะมีข้อจำกัดในเรื่องบุคลากร การจัดทำรูปแบบการให้ความรู้โดยการจัดโปรแกรมการสอน ให้ความรู้กับผู้ป่วย และครอบครัว การติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหา ในแต่ละกรณี

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ

1. ทบทวนความรู้โดยศึกษาจากเอกสาร ตำรา วิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัจจุบัน
3. จัดตั้งทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
4. ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ขั้นดำเนินการ

1. จัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ทีมสหวิชาชีพที่ให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
3. ดำเนินการพัฒนามตามแนวทางที่กำหนด

4. นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา
ขั้นตอนการประเมินผล

1. สุ่มตรวจลงเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน 3 ราย/เดือน
2. ติดตามผลการดำเนินงาน การเก็บตัวชี้วัดทุกเดือน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค โอกาสพัฒนา
3. รวบรวมผลการดำเนินงาน นำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารและกรรมการบริหารทุกเดือน
4. รวบรวมผลการดำเนินงานเป็นรูปเล่มเมื่อสิ้นสุดโครงการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้พัฒนาขึ้น

ระยะเวลาดำเนินงาน วันที่ 1 กรกฎาคม 2566 – 30 ตุลาคม 2566

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวของผู้ที่เป็นเบาหวานได้
2. เกิดเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีความสุขในการทำงาน
3. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง มีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข
4. มีระบบบริการดูแลอย่างครอบคลุม เชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐
๒. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุพัตรา บุญชิต)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 5 มกราคม 2567

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดื้อยาจากเชื้อ *Klebsiella Pneumoniae*

กรณีศึกษา 2 ราย

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 17 ตุลาคม 2565 – 10 ธันวาคม 2565

รายที่ 2 ระหว่างวันที่ 2 สิงหาคม 2565 -19 กันยายน 2566

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญเพราะมีอัตราการตายสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะช็อก (septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (multiple organ dysfunction) และเสียชีวิตในที่สุด อุบัติการณ์ของภาวะดังกล่าวในปัจจุบันสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่สูงด้วยเช่นกัน ภาวะซับซ้อนและรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ สิ้นเปลืองทรัพยากร และมีค่าใช้จ่ายสูง และส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงการเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสโลหิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจำหน่าย นิยามของภาวะ sepsis ที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายคือ นิยามของ American College of Chest Physician (ACCP)/Society of Critical Care Medicine (SCCM) ในปี 1991 (American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference, 1992) ได้มีการนิยามถึงภาวะ septic shock โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรคดังนี้

1. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป

1) อุณหภูมิร่างกาย $> 38^{\circ}\text{C}$ หรือ $< 36^{\circ}\text{C}$

2) อัตราการเต้นของหัวใจ > 90 ครั้งต่อนาที

3) อัตราการหายใจ > 20 ครั้งต่อนาที หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ มิลลิเมตรปรอท

4) เม็ดเลือดขาว $> 12,000$ หรือ $< 4,000$ เซลล์/ลบ.มม. หรือมี immature form $>$ ร้อยละ 10

2. Sepsis มีอาการหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมีภาวะ SIRS

3. Severe sepsis ภาวะ sepsis ที่มีอวัยวะทำงานล้มเหลวอย่างน้อยหนึ่งอวัยวะขึ้นไป

4. Septic shock ภาวะ sepsis ที่มีความดันโลหิตต่ำ (systolic blood pressure < 90 มิลลิเมตรปรอท หรือลดลง > 40 มิลลิเมตรปรอทจากค่าพื้นฐาน) โดยที่ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว และไม่ดีขึ้นจากสาเหตุอื่นๆ หากพบว่า มีอาการและอาการแสดงของ SIRS มากกว่า หรือเท่ากับ 2 ข้อ ร่วมกับอวัยวะร่วมกับอวัยวะทำงานผิดปกติ 1 อวัยวะขึ้นไป SOS Score/MEWS Score มากกว่า หรือเท่ากับ 4 qSOFA มากกว่าหรือเท่ากับ 2 และ SOFA มากกว่า หรือเท่ากับ 2 แสดงว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) (Thompson, Venkatesh, & Finfer, 2019) Sepsis จึงเป็นการตอบสนองต่อการติดเชื้อที่กระจายทุกระบบในร่างกาย แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อมาจากบ้านหรือชุมชน (Community-Acquired Sepsis) โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่มที่ติดเชื้อมาจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ภายใน 3 เดือน (Hospital-Acquired Sepsis or Healthcare-Acquired Sepsis) (Ministry of Public Health, 2019)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

เมื่ออวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือด จึงพบความผิดปกติทั้งในส่วนของระบบไหลเวียนโลหิตและเมตาบอลิซึมในระดับเซลล์อย่างรุนแรงร่วมกัน และเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด(Septic Shock) ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต จนเกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบและเสียชีวิตได้ (Makic, & Bridges, 2018) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ ความรุนแรงของ Septic shock ส่งผลให้การทงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกายเสียหายที่ จนเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบสัมพันธ์กับภาวะที่ระบบไหลเวียนโลหิตทำหน้าที่ได้ไม่เพียงพอ เช่น ระดับความดันโลหิตต่ำออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือหัวใจหยุดเต้น ดังนั้น Septic Shock จึงต้องมีเกณฑ์วินิจฉัย ครบ 3 ข้อได้แก่ มีภาวะ Sepsis ความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure: MAP) น้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท และระดับแลคเตทในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 2 mmol/L อาการและอาการแสดงของ Septic Shock แบ่งออกเป็นสองระยะคือ ระยะเริ่มแรก (Early Septic Shock) ระยะนี้หลอดเลือดมีการขยายตัว ทำให้แรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลาย (Systemic Vascular Resistant: SVR) ลดลง ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac Output) ลดลง ทำให้ความดันโลหิตลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายและขวาขยาย (Decrease Ejection Fraction) ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง การเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้น เพื่อรักษา Cardiac Output และปรับชดเชยความดันโลหิตที่ต่ำลงป่วยจะหายใจเร็วลึก จึงเกิดภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory Alkalosis) หรือกรดจากการหายใจ (Respiratory Acidosis) ออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ต่อมาในระยะหลัง (Late Septic Shock) หากภาวะช็อกยังคงดำเนินต่อไปจนเข้าสู่ระยะนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียนโลหิต โดย Cardiac output ลดลง หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิร่างกายลดต่ำ ผิวหนังเย็นชื้น หายใจเร็วตื่น ปัสสาวะออกน้อยลง เกิดภาวะ Lactic acidosis ทำให้ระดับความรู้สึกลดลง ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงขั้นไม่รู้สึกรู้ตัว

ลักษณะอาการทางคลินิก

1.อาการทั่วไป ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว การมีไข้ ซึ่งพบในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีไข้ได้แม้จะมีการติดเชื้อ รุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตวายเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย (hypothyroidism) ผู้ป่วยที่ได้รับยาสเตียรอยด์ (corticosteroid) เป็นต้น บางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้อาจมี อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติแม้มีการติดเชื้อรุนแรง การตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ แพทย์จึงต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษ จะต้องตรวจหาอาการแสดงอื่น ๆ ร่วมด้วย

2. อาการเฉพาะที่หรือเฉพาะอวัยวะ ที่ช่วยให้ระบุตำแหน่งของการติดเชื้อ ซึ่งจะช่วยให้พอทราบถึงเชื้อที่ก่อโรคได้ เช่น เจ็บหน้าอกเวลาหายใจ ไข้สูงเฉียบพลัน มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดบ่งถึง Streptococcus pneumoniae ปวดท้อง บ่งถึงติดเชื้อในช่องท้องหรือปอดอักเสบ ปวดหลัง บ่งถึง กรวยไตอักเสบหรืออาจเป็นอาการของการติดเชื้อที่กระดูกสันหลัง (osteomyelitis of vertebra) หรือหมอนรองกระดูกสันหลัง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

(discitis) ใน ผู้สูงอายุ ซึ่งมักเกิดจากเชื้อสแตรปโทค็อกคัส ออเรียส (Staphylococcus aureus) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการและอาการแสดงชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน อาจมีฝี ในต้นจากเชื้อแบคทีเรียคิลลาเนียโมเนีย (Klebsiella pneumonia) หรืออีเชอริเชีย โคลาย (Escherichia coli) โดยไม่มีอาการปวดท้องเลยก็ได้

สาเหตุ

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ส่วนน้อยเกิดจากเชื้อราโดยเป็นผลแทรกซ้อนตามมาจากการที่ร่างกายมีการติดเชื้อในระบบต่างๆ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร เกิดติดเชื้อจากการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ เช่น สายฟอกไต สายสวนปัสสาวะ และแผลอักเสบติดเชื้อลุกลาม

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ทารกแรกเกิด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้รับยาสเตียรอยด์ในขนาดสูงหรือยากดภูมิต้านทานสูง ผู้ป่วยเบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ตับแข็ง ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน รักษาตัวในห้องไอซียู ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือสายสวนทางหลอดเลือดดำ

การประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ระบบต่างๆ เพื่อประเมินระยะ shock ได้แก่ระบบประสาท ผู้ป่วยจะกระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวลดลง ซึม ไม่รู้สึกตัว ผิวน้ำ เย็น ตัวลาย ระบบหัวใจและหลอดเลือดซีฟัวเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ระบบการหายใจหายใจเร็วขึ้นเนื่องจากร่างกายมีภาวะ Metabolic Acidosis ระบบการทำงานของไต ปัสสาวะออกน้อยลง หรือไม่ออกเลย เกิดภาวะการตายของท่อไตเฉียบพลันจากเลือดไปเลี้ยงไม่พอ การใช้แบบประเมินการทำงานของอวัยวะล้มเหลวที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือดการประเมินของพยาบาลนับว่ามีความสำคัญ เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสได้เจอผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อจากบ้าน หรือชุมชน และผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน พยาบาลจึงควรมีองค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ได้แก่เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน Sepsis ในระยะแรกได้รวดเร็ว คือ The Quick SOFA (qSOFA), The SOFA, SOS Score และ MEWS Score ดังนี้

1. The Quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) Score เป็นแบบประเมินลักษณะทางคลินิกอย่างรวดเร็ว สามารถใช้ประเมินข้างเตียงได้ มีทั้งหมด 3 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

- ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มม.ปรอท
- อัตราการหายใจมากกว่าหรือเท่ากับ 22 ครั้ง/นาที
- ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง (Glasgow Coma Score น้อยกว่า 15 คะแนน)

หากมีข้อใดข้อหนึ่ง แสดงว่ามีความผิดปกติของร่างกาย แต่ยังไม่มีความติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

ถ้าพบมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ข้อ หมายถึง มีภาวะ Sepsis การประเมินผู้ป่วยโดยใช้ qSOFA จึงสามารถทำได้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ) การประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ต่อ)

สะดวก รวดเร็ว บอกได้ถึงความล้มเหลวของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจและระบบประสาท ซึ่งเป็นระบบที่สำคัญของร่างกาย ในกรณีผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ค่าคะแนนที่ประเมินได้ 2 หรือ 3 คะแนน หากพิจารณาพบมีความเสี่ยงสูงที่จะต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือเสียชีวิต ควรมีการประเมินหน้าที่การทำงานของร่างกายที่มีความล้มเหลวในแต่ละระบบ โดยใช้ The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)

2. The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score SOFA เป็นการประเมินการทำหน้าที่การทำงานของร่างกายที่มีความล้มเหลวในแต่ละระบบ ได้แก่ ระบบหายใจการแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทส่วนกลาง และการทำงานของไต รวมไปถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ บิลิรูบิน (Bilirubin) ครีเอตินิน(Creatinin) การแข็งตัวของเลือด (Coagulation) และการวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (Arterial Blood Gas: ABG) หากคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน ซึ่ง 0 หมายความว่า การทำหน้าที่ของร่างกายปกติ และ 4 หมายถึง การทำหน้าที่ของร่างกายล้มเหลว คะแนนแต่ละข้อไม่มีความสัมพันธ์กัน และหลังจากรวมคะแนนทั้งหมดจะแสดงถึงความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ซึ่งหากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม เนื่องจากมีความเสี่ยงของการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่องและมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต การประเมินการให้คะแนนของSOFA ใช้การประเมินการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย ได้แก่ การวัดระดับแลคเตทในเลือด (Serum Lactate Level) เป็นตัวแปรสำคัญในการตัดสินภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งหากระดับแลคเตทในเลือดสูงกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร แสดงว่ามีภาวะ Hypoperfusion และหากระดับแลคเตทในเลือดสูงมาก แสดงว่ามีภาวะ Hypoperfusion รุนแรง

3. Search out Severity Score (SOS score) SOS Score เป็นการประเมินสัญญาณเตือนก่อน เข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วย มีเกณฑ์ในการประเมินคือ อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature) ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic Blood Pressure) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) ระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) และปริมาณปัสสาวะ (Urine Output) SOS Score มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต

4 Modified Early Warning Sign (MEWS) เป็นแบบประเมินสัญญาณเตือนในระยะแรกๆ ที่ เป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง จากข้อมูลทางสรีระวิทยาของผู้ป่วย 5 ระบบ ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) อัตราการเต้นของหัวใจ (Heart Rate) อัตราการหายใจ (Respiratory Rate) อุณหภูมิร่างกาย (Body Temperature) และระดับความรู้สึกตัว (Level of Consciousness) แต่ละข้อมีการแบ่งช่วงคะแนนเป็น 0-3 คะแนน MEWS Score มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ) การประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ต่อ)

จากการประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และใช้แบบประเมินต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ส่งผลต่อการรักษาและการพยาบาลได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ต่อไปนี้

1. มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งสามารถประเมินได้ ดังนี้ มีการติดเชื้อรุนแรงและมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนน SOFA มากกว่าหรือเท่ากับ 2
2. ความดันโลหิตต่ำที่ต้องได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต เพื่อรักษาระดับของค่าเฉลี่ยความดันเลือดแดง (Mean Arterial Blood Pressure: MAP) ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท
3. ระดับแลคเตทในเลือดมากกว่า 2 มิลลิโมลต่อลิตร หลังจากได้รับการแก้ไขแล้ว (Fluid Resuscitation) หลักการรักษา septic shock

1. การให้ยาปฏิชีวนะและควบคุมแหล่งการติดเชื้อโดยให้ยาปฏิชีวนะในรูปแบบฉีดทางกระแสเลือด ควรให้ภายใน 1 ชม.ตั้งแต่วินิจฉัยภาวะ septic shock และควรเริ่มต้นด้วยการให้ในขนาดที่สูงสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรง และค่อยปรับตามผลการติดเชื้อภายใน 48-72 ชั่วโมง ทั้งนี้ควรทำร่วมกับการควบคุมการติดเชื้อด้วย เช่น การระบายหนอง การตัดเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อออก การกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นต้น และการนำสิ่งแปลกปลอม (foreign body) ออกจากการผ่าตัดหรือรักษาความผิดปกติทางกายภาพ กำจัดแหล่งติดเชื้อเหล่านี้หากไม่ได้ทำ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง หรืออาจเป็นสาเหตุ ให้รักษาโรคไม่หายได้

2. การรักษาระบบไหลเวียนเลือดให้ปกติ โดยการให้สารน้ำ เพื่อเพิ่มให้ปริมาตรหลอดเลือดกลับมาเร็วที่สุดควรเริ่มให้สารน้ำในอัตราเร็ว เช่น 500 - 1,000 มล. ใน 15 นาที - 1 ชั่วโมงโดยถือ mean arterial pressure (MAP) 65 มม.ปรอท เป็นจุดหมายสำคัญในผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อน

3. การให้การรักษาสเสริมอื่นๆ ได้แก่ การให้ยากระตุ้นความดันโลหิตแนะนำให้ใช้ Dopamine หวังผลเพิ่ม renal blood flow ในปัจจุบันไม่แนะนำ เนื่องจากไม่ได้ทำให้มี renal perfusion มากขึ้น หรือป้องกันภาวะไตวาย การใช้ norepinephrine อาจจะดีกว่า dopamine เนื่องจาก norepinephrine ทำให้ความดันเลือดขึ้นได้เร็วและดีกว่า ทำให้ splanchnic perfusion เพิ่มขึ้นได้และยังเกิดปัญหา tachycardia น้อยกว่า dopamine

4. การเฝ้าระวังทางความดันโลหิต ความอิ่มตัวของออกซิเจน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และปริมาณปัสสาวะ มีเป้าหมายคือ Central venous pressure ระหว่าง 8-12 มม.ปรอท (10-15 ซม.น้ำ) ในผู้ป่วยที่หายใจเองได้หรือระหว่าง 12-15 มม.ปรอท (15-20 ซม.น้ำ) ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ Mean arterial pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มม.ปรอทปัสสาวะต่อชั่วโมงมากกว่า 0.5 มล./กก./ชม.ให้ ScvO₂ มากกว่าหรือเท่ากับ 70%

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

หลักการรักษา septic shock (ต่อ)

5. การรักษาจำเพาะ โดยนำ recombinant activated protein C มาใช้ พบว่าช่วยลดอัตราการตายในผู้ป่วย sepsis ที่รุนแรง

6. การรักษาประคับประคองอื่น ๆ เช่น Renal Support ,Intensive Insulin Therapy การใช้ Low dose ของ corticosteroid พบว่าได้ประโยชน์เฉพาะในผู้ป่วยที่เป็น adrenal insufficiency อยู่เดิม หรือที่สงสัยว่ามีภาวะ adrenal insufficiency , Pulmonary supportผู้ป่วย severe sepsis หรือ septic shock ร้อยละ 80 จึงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์ควรให้ออกซิเจนในรายที่หายใจได้ ในผู้ป่วยที่มีอาการของการหายใจล้มเหลว ควรได้รับการช่วยหายใจ เพื่อลดภาระของระบบหายใจและเพิ่มออกซิเจนให้เนื้อเยื่อและควรพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจให้เร็ว Nutrition supportการให้อาหารที่พอเหมาะมีความสำคัญทั้งในด้านการรักษาและการป้องกันภาวะ sepsis

แนวทางการดูแลและบทบาทของพยาบาล

The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update (Levy, Evans & Rhodes,2018) กล่าวถึงแนวทางการดูแลรักษาแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก (Hour-1Bundle: Initial Resuscitation for Sepsis and Septic Shock) และการดูแลแบบมุ่งเป้าหมายใน 6 ชั่วโมงแรก (The Sepsis Six Care Bundles: SSC Bundles) ในประเทศไทยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ได้นำมาสรุปเป็นแนวทางการรักษาภาวะ Septic Shock บทบาทของพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้

1. การประเมินภาวะ Sepsis และ Septic Shock โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นในการประเมินผู้ป่วย
2. การตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด ค่าแลคเตทในเลือด > 2 มิลลิโมลต่อลิตร หมายถึง Sepsis
3. การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) เมื่อมีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ และมีแผนการรักษาให้ยาต้านจุลชีพ ควรมีการเจาะ Hemoculture และสารคัดหลั่งต่าง ๆ ที่น่าจะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ (Srivisai, & Onseong, 2017) พยาบาลควรเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ และใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อให้การส่งเพาะเชื้อมีประสิทธิภาพผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม การควบคุมแหล่งการติดเชื้อ พยาบาลควรหาแหล่งหรืออวัยวะที่มีการติดเชื้อ (Source of Infection) ร่วมกับแพทย์ หากพบว่าเป็นแหล่งของการติดเชื้อ ควรถอดสายสวน หรืออุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายออก หากไม่จำเป็นแล้วหรือเปลี่ยนใหม่
4. การดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ เพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ซึ่งควรให้ยาที่เหมาะสมกับการติดเชื้อ โดยในช่วงแรกแนะนำให้ใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้าง (Broad Spectrum Antibiotics) และครอบคลุมเชื้อที่สงสัย เร็วที่สุดภายใน 1 ชั่วโมง (Makic & Bridges, 2018)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

แนวทางการดูแลและบทบาทของพยาบาล (ต่อ)

หลังการวินิจฉัย Sepsis และ Septic Shock เมื่อผลเพาะเชื้อขึ้นแล้วควรเปลี่ยนยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียที่สุด พยาบาลควรดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำเป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาเป็นระยะๆ

5. การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ในการเพิ่มปริมาณผู้ป่วย Sepsis และ Septic Shock ในกรณีที่มีระดับความดันโลหิตต่ำ หรือมีค่าแลคเตทในเลือด ≥ 4 มิลลิโมลต่อลิตร อัตราการให้สารน้ำอย่างน้อย 30 มิลลิลิตร/กิโลกรัม ภายใน 3 ชั่วโมง โดยให้อัตราที่เร็ว 500-1000 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมงแรก พยาบาลควรติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Intravascular Volume) เป็นระยะ ๆ ได้แก่ Jugular Venous Pressure (JVP) ประมาณ 3-5 cmH₂O, Central Venous Pressure (CVP) ประมาณ 10-15cmH₂O, Pulmonary Capillary Wedge Pressure (PCWP) ประมาณ 15-18 mmHg หากระดับ JVP, CVP หรือ PCWP หากยังไม่ได้ตามเป้าหมายควรพิจารณาให้สารน้ำต่อไป การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิด จากการได้รับสารน้ำในปริมาณมากและรวดเร็ว การประเมินภาวะน้ำเกิน เช่น ไอ มีเสมหะเป็นน้ำมีฟอง ฟังปอด พบเสียง Crepitation ควรรายงานแพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่อประเมิน Pulmonary edema หรือหยุดการให้สารน้ำ

6. การดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (Vasopressors) การใช้ Norepinephrine จึงมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความดันโลหิต และทำให้เกิดปัญหา Tachycardia ได้น้อยกว่า Dopamine พยาบาลมีหน้าที่ติดตามระดับความดันโลหิตและปรับขนาดยาตาม แผนการรักษา

7. การติดตามและประเมินปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน Tissue Perfusion และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต เฝ้าระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr

8. การดูแลให้ออกซิเจน เพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการ พยาบาลควรให้ออกซิเจนผู้ป่วยตามความเหมาะสมพยาบาลเพื่อให้ O₂ Saturation Room Air > 95%

9. การดูแลให้ยา Adrenaline หากให้การรักษาด้วย Vasopressors แล้ว ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ยังมีค่าต่ำกว่า 65 mmHg พิจารณาให้ Adrenaline Intravenous เพื่อให้ได้ MAP ≥ 65 mmHg พยาบาลควรให้ยาด้วยความระมัดระวัง ติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกครั้ง

10. ติดตามการเผาผลาญของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่เพียงพอและควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระหว่าง 80- 150 มก./ดล. . ในผู้ป่วยที่ได้อินซูลินหยดต่อเนื่อง ควรติดตามระดับน้ำตาล ทุก 1-2 ชั่วโมง จนกว่าระดับน้ำตาลและปริมาณอินซูลินที่ให้เริ่มคงที่ติดตามระดับน้ำตาลและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกเป็นระยะๆ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

แนวทางการดูแลและบทบาทของพยาบาล (ต่อ)

11. การดูแลความสุขสบายต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การให้ยาลดไข้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ การให้ความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจนอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง รวมทั้งการยกวางกันเตียงเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม หรือการป้องกันผู้ป่วยดึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

12. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ อย่างเพียงพอ ทั้งโรคที่ผู้ป่วยเป็นสาเหตุของการเกิดโรค การรักษาของแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งเหตุผลในการให้การพยาบาล เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อเกิดขึ้นทันทีทันใดและผู้ป่วยอาจมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ดังนั้นอาจเป็นการยากที่ญาติของผู้ป่วยจะสามารถเข้าใจยอมรับกับภาวะฉุกเฉินได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

4. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด community-acquired infection ปี 2564-2566 ร้อยละ 31.92, 34.09, 35.73 และผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดที่ดื้อยาร้อยละ 38.70, 39.14, 39.35 (สถิติสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข 2566) เขตบริการสุขภาพที่ 10 มีอัตราผู้ป่วยตายจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงปี 2564 = 26.52 ปี 2565 = 34.24 ปี 2566 = 34.49 โรงพยาบาลสำโรงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (F2) ระยะทางจากโรงพยาบาลสำโรงถึง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประมาณ 35 กม. ใช้เวลาเดินทาง 1 ชม. ห่างจากโรงพยาบาลวารินชำราบ 30 กม. ใช้เวลาเดินทาง 30 นาที จากสถิติย้อนหลังโรงพยาบาลสำโรง ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสโลหิต (A419) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย จำนวน 71,79,138 ราย ส่งต่อร้อยละ 56.33 (40 ราย) 51.89 (41 ราย) 34.78 (48 ราย) รับประทานในโรงพยาบาลร้อยละ 28.16 (20 ราย) 35.44 (28 ราย) และ 50.72 (70 ราย) มีผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 ราย ในปี 2565 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะอุจจาระร่วง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่ที่พบคือปอดอักเสบ และกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีผลกดทับ กลุ่มอายุที่พบ เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต เอกสารทางวิชาการ อินเทอร์เน็ต เพื่อใช้เป็นเอกสารอ้างอิง นำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย

2. เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (case Study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (A419) จำนวน 2 ราย ซึ่งมารับบริการที่ โรงพยาบาลสำโรงในระหว่างเดือนตุลาคม 2565-เดือน กันยายน 2566

3. ศึกษาสถิติและปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน(ต่อ)

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบจิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติ การเจ็บป่วยของครอบครัว ตั้งแต่แรกเริ่ม -จำหน่าย
- 6.วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- 7.ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินผลการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านพร้อมทั้งให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง
- 8.สรุปกรณีศึกษาเฉพาะรายจัดทำเป็นเอกสารวิชาการทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของผลงานเนื้อหา ตัวอักษร และรูปแบบทั้งก่อน-หลังพิมพ์ นำเสนอตามลำดับชั้น

เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตที่ดีเยี่ยม แนวทางการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยลดอัตราการตาย อัตราการติดเชื้อดีเยี่ยม ลดจำนวนวันนอน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ ความเข้าใจ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในระยะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการให้ความรู้และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในระยะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในระยะฉุกเฉิน
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ในระยะฉุกเฉิน

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 2 ราย

กรณีศึกษา รายที่ 1

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 79 ปี สถานะภาพสมรส คู่ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยา -อาหาร สูบบุหรี่วันละ 5 มวน ดื่มสุราตามเทศกาล ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด กินอาหารสุกๆดิบๆบ้าง มีประวัติรักษาโรคหัวใจในโตแต่ไม่ผ่าตัด จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มีภูมิลำเนาในพื้นที่อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ขับถ่ายปกติ การสื่อสาร ปกติ การได้ยิน การมองเห็นปกติ ทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด ADL = 20 คะแนน นน.53 กก. ส่วนสูง 152 ซม. BMI 22.9 mm^2 17 ต.ค.2565 เวลา 14.30 น. ญาตินำส่งโรงพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินให้ประวัติว่าพบผู้ป่วยนอนอยู่กลางทุ่งนา มีถ่ายเหลว เหงื่อเย็นไม่มีไข้ ก่อนมา 1 ชม. แรกรับที่ ER E4M6V5 = 15 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.2 °C ชีพจร 86ครั้ง/นาที

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 2 ราย

กรณีศึกษา รายที่ 1 อัตราการหายใจ 20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 187/75 มม.ปรอทผลตรวจ CBC WBC 10540 N= 80 L= 6 EO=1 Hct 36 % Plt =269000 Electrolyte : Na=137.4 K=3.33 Cl=102.2 CO2 =21.9 การทำงานของไต BUN = 19.4 Cr= 1.09 GFR = 64.22 (CKD stage II) ATK =neg Admit 1st Dx : Infective Diarrhea Vital signs ก่อนย้ายผู้ป่วย อุณหภูมิ 39.9 °C ชีพจร 74ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ =20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 150/90 มม.ปรอท แรกวันที่ตีผู้ป่วยเวลา 16.30 น. อุณหภูมิ 39.1°C ชีพจร 74ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/80 มม.ปรอท . good conscious O2Sat 99% Room Air ,On NSS 1000 ml. IV drip 80 cc/hr. Stat Ceftriaxone 2 gms. IV หลังadmit 4 ชม.พบว่าผู้ป่วยยังมีไข้สูง ซึมลง E3M4V1 น้ำลายฟุ้งปาก ไม่มีชักเกร็ง Pupil 2mm RTLBE stiff neck +ve แพทย์พิจารณาON ETT refer รพ. สรรพสิทธิ์ประสงค์ EKG :Sinus rate 85 bpm. O2 sat 100 % stat Metronidazole 500 mg. IV /Retained Foley's Cath Urine 1000 ml.สี เหลืองใส Cosult แพทย์ รพ.สรรพสิทธิ์ประสงค์. R/O. Acute Meningoencephalitis DDx.Infective Diarrhea with septic encephalitis ให้ส่งประเมินที่ ER For CT Brain R/O intracranial haemorrhage ผล CT Brain Normal ,CSF : Proteine56 Glucoe186 Crypto =Neg CSF Culture NO Growth ,CIE =Neg ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ admit ICU 2 วัน ถอดท่อช่วยหายใจ admitที่ สปส. 7 วัน ส่งตัวกลับมาให้ Tazocin 4.5gms. IV q6 hr.*10 days และให้ตามผลเพาะเชื้อ Refer กลับDx. Acute febrile illness DDx .Systemic infection , UTI (UA : WBC > 100) AOC (Alternation of consciousness) DDx.Septic encephalitis ผล Hemo culture NO Growth 5day , Urine Culture : Enterococcus spp grading < 10⁵ CFU/ml. Budding yeast grading <10⁵ CFU/ml. Sputum Culture : Acinetobacter baumannii (MDR) ,Klebsiella Pneumoniae ส่งตัวไป รพ. สรรพสิทธิ์ ประสงค์ หลังadmit 3 วัน ระหว่าง 26 -28 ต.ค. 2565และรับrefer กลับเพื่อให้ Ertarpenam 1 gm. IV OD *7 days (27ตค..2565-2 พย.2565) มีนัด รพ.สรรพ สิทธิประสงค์ 7 พย.2565 วันนอน 16วัน

กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย 47 ปี สถานภาพสมรส คู่ มีบุตรสาว 2 คน อายุ 23ปีและ 17 ปี ระหว่างเจ็บป่วยมีภรรยาดูแล การศึกษา มัธยมศึกษา อาชีพ เกษตรกรรม ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่แพ้ยา ไม่แพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่ม ผู้ป่วยเคยดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีประวัติ C-spine injury with Tetraplegia เมื่อ 20 ก.พ.2564 มีแผลDecipitus Ulcer gr. II ภรรยาทำแผลให้เองที่บ้านสลับกับที่โรงพยาบาลและสถานีนอนามัย รับยาประจำที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ ช่วงปีแรกผู้ป่วย Retained Foley's Cath ทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะบ่อยแต่ไม่ได้นอนรักษาเป็น OPD case ต่อมา ประมาณ 1 ปี ON Condomและทำ Intermittent Catheterization โดยใช้ชุด Self Cath ทุกวันตอนเช้า

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต 2 ราย

กรณีศึกษา รายที่ 2

วันที่ 2-7 สิงหาคม 2565 แผลติดเชื้อและติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ นอนโรงพยาบาลเพื่อทำแผล และให้ ATB IV Ceftriaxone 2gm. IV OD /Clindamycin 600 mg. IV ทุก 8 ชม. หลังรับไว้ในโรงพยาบาล
วันที่ 2 ผลตรวจเพาะเชื้อ PT=13.7 INR =1.1 Creatine =0.71 CBC : WBC 10870 N=59 L =28 Hct 35 % Plt =342000 UA : WBC 5-10 Cell/HP Pus Grams stain : Gram +ve cocci รวมวันนอน 5 วัน
วันที่ 11 - 27 ธันวาคม 2565 มีแผลติดเชื้อและติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและมีภาวะ shock / AKI admit ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (Dopamine) try wean ไม่ได้ ให้ Hydrocortisol IV drip จนอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ รู้สึกตัวดี แผลดีขึ้น ไม่มีหนอง ผู้ป่วยขอลกลับบ้าน และนัดติดตามอาการ Dx. Infected Bed Sore grade 3 ,Quardiplegia ,Hypokalemia ,Septic shock ,Adrenal insufficiency ผล Hemo culture NO Growth 5 days รวมวันนอน 16 วัน วันที่ 13-20 มิถุนายน 2566 admit ด้วย Acute Gastroenteritis /Urinary tract Infection /Septicemia/Tetraplegia/ Decipitus Ulcer gr. II ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD ,Clindamycin 600 mg. iv ทุก 8 ชม. และให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Levophed 4 : 100 3 วัน ผล Hemoculture NO Growth 5 days รวมวันนอน 7 วัน
วันที่ 21-31 สิงหาคม 2566 ญาติพามาโรงพยาบาลด้วยไม่รู้สีกตัว เกร็งตาค้าง ถ่ายเป็นน้ำ อุณหภูมิ 38 °C ความดันโลหิต 71/41 mmHg. อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร90ครั้ง/นาที หลัง Load NSS 3000 ml. ความดันโลหิต 80/60 (MAP 63) แพทย์ Advice ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธ ขอ Supportive Treatment ที่โรงพยาบาลสำโรง ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต Levophed 4:100 with titrated 5 วัน ,ON O2 mask with bag ,ON NG for feed + Septic work up สามารถ wean Levophed ,Off NG ,Off O2 Canular ได้ ผล Hemo culture NO Growth 5 day Dx. AGE / Urinary tract Infection /Septic shock /Tetraplegia แพทย์ D/C รวมวันนอน 10 วัน นัดมาติดตามอาการ ยังมีปัสสาวะแสบขัด ส่ง Urine Culture ผล Klebsiella Pneumoniae ESBL (MDR)refer รพ.วารินชำราบและให้กลับมาฉีดยาMeropenam 1gm IV q 8 hr x 7 วัน ระหว่าง 23-29 กันยายน 2566 อาการดีขึ้น D/C และนัดติดตามอาการ รวมวันนอน 3 วัน

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยทั้งสองรายมาด้วยติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะ แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุทำให้มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตจนมีภาวะคุกคามต่อชีวิตและใส่ท่อช่วยหายใจส่งต่อ และติดเชื้อต่อจากการใส่ท่อช่วยหายใจ (Klebsiella Pneumoniae) รายที่ 2 มีการเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่รุนแรงแต่มีอายุน้อยกว่า จึงมีอาการไม่รุนแรงแต่ Re-admit บ่อย จนเกิดการติดเชื้อต่อ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย (ต่อ)

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะ แต่ความรุนแรงต่างกัน ด้อยจากเชื้อ *Klebsiella Pnuemoniae* ทั้งสองรายมาด้วยอาการเจ็บป่วยที่เป็นการติดเชื้อเฉพาะ เหมือนกันแต่เมื่อใช้ เมื่อแรกรับ-จำหน่ายใช้การประเมิน SOS Score ในการประเมินผู้ป่วย เฝ้าระวัง พบว่ามีภาวะ septic shock ใน 6 ชม.แรกเหมือนกันแต่รายที่ 1 รุนแรงในครั้งแรกที่มาโรงพยาบาล ส่วนรายที่ 2 พบในปี ที่ 2 ของการเจ็บป่วยผลการตรวจ Hemoculture ทั้ง 2 ราย NO Growth แต่รายที่ 1 ผล Sputum Culture *Klebsiella Pnuemoniae* MDR รายที่ 2 พบจากการเพาะเชื้อปัสสาวะ แต่ตรวจหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการ และไม่เคยส่งตรวจมาก่อนผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการประเมินภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตทันเวลา แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ การรักษาแบบSupportive ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีแผลกดทับขนาดใหญ่ ต้องทำ Intermittent Catheter ทุกวัน ป้องกันการคั่งของปัสสาวะ มีการติดเชื้อที่ผิวหนัง ทางเดินปัสสาวะ และทางเดินอาหารมากกว่า ใช้ยาปฏิชีวนะ บ่อยกว่ารายที่ 1 การรักษาแต่ละครั้งมีวันนอนนาน เนื่องจากต้องให้ยาantibiotic จนครบเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อดื้อยาซ้ำ ทั้งสองรายให้การพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล (Contact Precaution) ทั้งสองรายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านมีการนัดติดตามอาการเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาและส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายบริการสุขภาพเฝ้าระวังต่อในชุมชน

5.ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยได้รับการประเมินและวินิจฉัยด้วย Sepsis (A419) ได้รับการรักษาทันเวลา ได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยจำนวน 71,79,138 ราย ส่งต่อร้อยละ 56.33 (40 ราย)51.89 (41 ราย) 34.78 (48 ราย) รับไว้ในโรงพยาบาลร้อยละ 28.16 (20 ราย) 35.44(28 ราย) และ 50.72 (70 ราย) ตามลำดับ จากการมีแนวทางคัดกรอง ทำให้วินิจฉัยได้เร็ว รักษา ส่งต่อทันเวลา ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. มีแนวทางในการดูแลรักษา/ประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสโลหิต และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
2. ผู้ป่วยเข้าถึงและเข้ารับบริการได้ทันเวลาไม่มีอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต
- 3.พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล กระบวนการดูแลผู้ป่วยและหลัก 7Aspectsในการพยาบาลผู้ป่วย

6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 เป็นแนวทางในการศึกษาเปรียบเทียบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดเชื้อในกระแสโลหิต และเฝ้าระวังตามแนวทางที่กำหนด

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

6.1 ใช้เป็นแนวทางในการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ สื่อสารและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดในการประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยใช้ q SOFA/SIRS และประเมินความรุนแรงใน 24 ชม.แรกโดยใช้ SOS score เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย

6.2 ใช้เป็นแนวทางในการการกำกับติดตามนิเทศการปฏิบัติตามข้อกำหนดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้เกิดกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

6.3 จัดทำเป็นคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและใช้ประเมินผู้ป่วยทุกราย

7.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ด้านผู้รับบริการ ขาดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการเฝ้าระวังอาการรุนแรงจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ส่วนใหญ่มารับบริการเมื่อมีอาการรุนแรงทำให้มีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนรุนแรง และทำให้องค์กรพยาบาลขาดการประชาสัมพันธ์ในชุมชนเกี่ยวกับความรุนแรงและผลกระทบจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตและต้อยา สมรรถนะของผู้ปฏิบัติ ทักษะ ความชำนาญ ด้านความรู้ ความเข้าใจ การใช้แบบประเมินและการปฏิบัติตาม CPG การปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาล กระบวนการดูแลผู้ป่วย และแนวทางที่กำหนดอื่นๆ

8.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเข้าถึงและเข้ารับบริการของผู้ป่วย มารับบริการเมื่อมีอาการรุนแรง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จนเสียชีวิต สมรรถนะของบุคลากรในแต่ละระดับ จำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น และมีการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ภาระงานที่เกินอัตรากำลังเครื่องมือที่สำคัญในการตรวจวินิจฉัย และการเฝ้าระวังติดตามไม่เพียงพอ เช่น เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ เครื่องตรวจ Blood gas ,Lactate ฯลฯ กระบวนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาวิกฤต ส่วนมากโรงพยาบาลแม่ข่ายเตียง ICU ไม่ว่างต้องประสานส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ทำให้ใช้เวลาในการส่งต่อนานขึ้นโรงพยาบาลสามารถตรวจเพาะเชื้อได้เองเฉพาะ Hemoculture แต่ไม่สามารถตรวจความไวต่อเชื้อได้ ต้องส่งตรวจต่อ ทำให้รอผลนาน อย่างน้อย 7 วัน ทำให้การรักษา มีวันนอนนานขึ้น กรณีที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อต้อยาการจัดโซนดูแลผู้ป่วยค่อนข้างจำกัด คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

9.ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีการทบทวนความรู้ ฟื้นฟูวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต.ควรมีอย่างต่อเนื่องในบุคลากรทุกระดับ ทบทวนทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปรับแนวทางการปฏิบัติเพื่อให้

9.2 การประชาสัมพันธ์ในชุมชนให้ตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการติดเชื้อในกระแสโลหิตและการเข้าถึงและเข้ารับบริการอย่างทันเวลาและการติดเชื้อต้อยา

9.3 อุปกรณ์เครื่องมือสำคัญทางการแพทย์ในตรวจ วินิจฉัย เฝ้าระวังต้องมีเพียงพอ พร้อมใช้

10.การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

นำเสนอวิชาการ เรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI วันที่ 15 ตุลาคม 2566 จัดโดย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

11.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน(ถ้ามี)

- 1). นางสาววย ทำมาน สัดส่วนของผลงาน.....100 %.....
- 2).....สัดส่วนของผลงาน.....
- 3) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

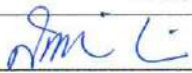
(.นางสาววย ทำมาน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่)8...../มกราคม 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาววย ทำมาน	
-	
-	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางบุปผชาติ พวงจันทร์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

(วันที่) 8 / 2 กรกฎาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายสุรศักดิ์ เกษมศิริ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง

(วันที่) 9 / 2 กรกฎาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่2และผลงานลำดับที่3(ถ้ามี)ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ.ชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง..การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต
2. หลักการและเหตุผล

กระบวนการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจในแต่ละกระบวนการเพื่อนำสู่การปฏิบัติในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสโลหิต บทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะ ความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วย รายงานแพทย์ ได้เหมาะสม ทันเวลาการประเมินและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบในการประเมินผู้ป่วย มีเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ในการประเมินให้เหมาะสมสอดคล้องกับอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย การกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการบันทึกที่สมบูรณ์เพื่อเป็นหลักฐานในเวชระเบียน สามารถใช้อ้างอิง ได้

.วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย
- 2.เพื่อเป็นแนวทางในการกำกับติดตามการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 3.เพื่อพัฒนาสมรรถนะหน้าที่ทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

เป้าหมาย ผู้รับบริการปลอดภัย ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการดูแล

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตในครั้งนี้ใช้ กระบวนการพยาบาล (Nursing Care Process) กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน และหลัก 7 Aspects of care เป็นแนวทางในการดูแล ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับ ต่อเนื่อง ตลอดจนการวางแผน จำหน่ายที่ดี ให้การรักษาพยาบาลที่ครอบคลุม เหมาะสม ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา สามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัย

7 Aspects of Care หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่

- 1.การประเมินผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ (Assessment) เป็นการประเมินปัญหา ติดตามเฝ้าระวังตั้งแต่แรกรับ-จำหน่ายการรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานและการดูแลอย่างเพียงพอสอดคล้องกับแผนการรักษา

- 2.การจัดการอาการรบกวน (Symptom Distress Management)ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ได้แก่ อาการที่คุกคามต่อชีวิต และความไม่สุขสบายต่างๆ

- 3.การดูแลความปลอดภัย (Provision of Patient Safety) ได้แก่ จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย จัดการดูแลอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ ตามมาตรฐานและการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

(ระดับ.ชำนาญการพิเศษ)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

7 Aspects of Care หน้าหลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

4.การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) เช่นอันตรายจากการให้ยา /ให้เลือด ฯลฯ

5.ให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) เช่นการเฝ้าสังเกตอาการอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อเพื่อการดูแล

6.การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการและครอบครัว (Empowerment) เช่นการให้ความรู้ การฝึกทักษะที่จำเป็น การให้ข้อมูลต่างๆ ฯลฯ

กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วย 5 ขั้นตอน

1.การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment) รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบค้นหา ปัญหาและความต้องการจากการซักประวัติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติทางการพยาบาล ประวัติทางการแพทย์ โดยการสังเกต การตรวจร่างกาย เวชระเบียน ฯลฯ

2.การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเพื่อทราบแนวทางการวางแผนและปฏิบัติการทางการพยาบาลในการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพ

3.การวางแผนการพยาบาล (Planning)เป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผล

4.การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)สอดคล้องกับแผนการพยาบาล เป็นจริงสอดคล้องกับสภาพอาการความรู้ความสามารถของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมและทรัพยากรที่มีอยู่ บอกถึงเวลาที่คิดว่าวัตถุประสงค์สำเร็จได้ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งมีผลลัพธ์ที่ระบุเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยมีระยะเวลาในการกำหนดเป้าหมายชัดเจน เช่น ระยะยาว-กลาง -สั้นเป็นการนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย บันทึกเป็นหลักฐานสิ่งที่ได้ปฏิบัติ ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล ที่อยู่ในขอบเขตการตัดสินใจของพยาบาลหรือกิจกรรมที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้โดยอิสระก่อนที่จะทำกิจกรรมอื่นๆที่ต้องขึ้นกับอำนาจของการสั่งการของบุคคลอื่น

5.การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมมีให้กับผู้ป่วย ทั้งขณะทำการพยาบาลและเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

(ระดับ.ชำนาญการพิเศษ)

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

กระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Process) ได้แก่

1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access &Entry) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการที่จำเป็น มีกระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ ความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ระบบสิ่งแวดลอมเหมาะสม มีประสิทธิภาพ

2.การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการปัญหาสุขภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม

3.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planing of Care) มีเป้าหมายชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยรวมทั้งวางแผนจำหน่ายเหมาะสม

4.การดูแลผู้ป่วย (Care of Patient) ทั้งกลุ่มทั่วไปและเสี่ยงสูง

5.การให้ข้อมูลเสริมพลัง (Information&Empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองได้

6.การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care)การประสานงานเชื่อมโยงการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้รับบริการพึงพอใจ

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ลดอัตราการตายแบบไม่คาดคิด (Unecpected Death)จากการติดเชื้อในกระแสโลหิต

5.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ > 80 %

(ลงชื่อ) 

(นางสาวราย ท้ามาน .)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

(วันที่)8...../..มกราคม../...2567

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อเรื่อง

การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(MDR-TB) อำเภอสำโรง เปรียบเทียบ ๒ ราย
Nursing Care for Patient with Multiple Drug Resistant Tuberculosis

๒. ระยะเวลาดำเนินการ

ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือน ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๓ - ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทบาทพยาบาล การปฏิบัติหน้าที่รับผิดชอบ ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสำโรง ซึ่งต้องทำหน้าที่จัดทีมให้การพยาบาลผู้ป่วยนอก บริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ใช้บริการสุขภาพที่มีมารับบริการทุกมิติให้การพยาบาล ผู้ป่วย ผู้ใช้บริการไม่ต้องพักรักษาตัวใน รพ. ด้วยการคัดกรอง การซักประวัติการปฐมพยาบาลและการดูแลเบื้องต้น การตรวจพิเศษ การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิต งานตรวจสุขภาพ งานคลินิกพิเศษ งานโรคเรื้อรัง ศูนย์รับผู้ป่วย งานการส่งต่อ และการบริการหน่วยปฐมพยาบาล และกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงาน โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญงานสูงในด้านพยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลผู้ป่วยนอก ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยาก และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย การศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการดูแลพยาบาลและเป็นผล ผลงานที่เป็นผลปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน และได้นำความรู้จากแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล ศึกษากรณีศึกษาที่ได้รับการดูแลรักษาถูกต้องตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย และลดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย Roy's adaptation model

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

รอยได้ให้ความหมายของมนุษย์ว่า เป็นบุคคลเดี่ยว ครอบคลุม กลุ่ม องค์กร และชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic adaptation system) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดใน หนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมที่มีความหมายของมนุษย์ มีความสามารถในการคิด มีสติ และมีความหมายซึ่งจะมีการพิจารณาอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อที่จะทำการเปลี่ยนแปลงคนและสิ่งแวดล้อมจะมีรูปแบบและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา(Roy,๑๙๙๔) รอยมองว่าบุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวม(Roy,๑๙๙๔) ไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุข หรือภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ ยังขึ้นอยู่กับระดับ การปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลอีกตัวหนึ่งระดับการปรับตัวก็คือระดับ หรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเอง ทั้งนี้ รอย ได้แบ่งระดับการปรับตัวออกเป็น ๓ ลักษณะ (Roy, ๑๙๙๔) ได้แก่(๑)ระดับการปรับตัวที่มีการผสมผสานกันได้ดี (Integrated level of adaptation) หมายถึง ระดับของการปรับตัวที่โครงสร้าง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญของกรณีศึกษา

เรื่อง การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(MDR-TB) อำเภอสำโรง เปรียบเทียบ ๒ ราย

Nursing Care for Patient with Multiple Drug Resistant Tuberculosis

บทนำ เชื้อวัณโรคคือโรคติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis เชื้อสามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศ เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกของประชากรโลก สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยอยู่ใน ๑ ใน ๑๒ ประเทศทั่วโลกที่มีภาวะวัณโรคสูงสุด รวมไปถึงวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ทั้งนี้หากผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาหลายขนานทำให้ผลเสียต่อการรักษาโดยใช้เวลานานขึ้น รวมถึงเสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยา การแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน ดังนั้นการให้การพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น ถูกต้องและเหมาะสม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน(MDR-TB)

กรณีศึกษา ๒ ราย

วิธีดำเนินการศึกษา ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรค วัณโรคดื้อยา จำนวน ๒ ราย ซึ่งมารับบริการที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสำโรง โดยให้ความรู้และให้การพยาบาลก่อน ระหว่างและหลังการบริการตรวจรักษาพยาบาล

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการและผลภาพถ่ายรังสีที่เข้าได้กับการติดเชื้อวัณโรค ๑ ซึ่งมีประวัติเคยเป็นวัณโรคและกลับมาเป็นซ้ำอีกโดยยังตรวจพบเชื้อ ส่วนผู้ป่วยรายที่ ๒ ตรวจเสมหะไม่เจอเชื้อจึงให้การวินิจฉัยแบบผลลบหลังจากนั้นผลตรวจเพาะเชื้อพบเป็นเชื้อดื้อยาหลายขนานทั้งสองรายแต่ใช้ระยะเวลาจนจึงได้มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา มีผู้ป่วยรายที่ ๒ มีคลื่นหัวใจผิดปกติเล็กน้อยจึงได้มีการลดยาชนิดหนึ่ง หลังจากให้ความรู้ในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโรค การป้องกัน การทานยาและผลข้างเคียงของยารวมถึงการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบตามจำนวนและหายจากโรค

สรุปอภิปราย จากการศึกษาบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ดูแลคลินิกวัณโรคมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงจะติดเชื้อวัณโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ซึ่งต้องอาศัยการให้ความรู้ที่เหมาะสม การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพและการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการรักษา รวมถึงการทานยาให้ครบตามจำนวนอย่างใกล้ชิด ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ในด้านต่างๆเกี่ยวกับวัณโรคดื้อยาเพื่อนำไปสู่วิธีการที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์ควรลดระยะเวลาการเพาะเชื้อให้สั้นลง และควรเพิ่มกระบวนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนที่เคร่งครัดมากขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕. ผลสำเร็จของงาน.(เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วย Nursing outcome การพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่จำนวน ๒ ราย
ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยรายที่ ๑ ผู้ป่วยมารับบริการเมื่อ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๓ เวลา ๘.๕๗ น. ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค รักษา
สูตรยาที่ ๒ ถึง ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔ รวมระยะเวลา ๑๐ เดือน ๑๓ วัน ผู้ป่วยรายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาล ๕ ข้อ ให้การพยาบาลดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะร่างกายขาด
ออกซิเจนไม่เพียงพอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตับอักเสบ ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้ป่วยรายที่ ๒ ผู้ป่วยมารับบริการเมื่อ ๕ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๗.๒๕ น. ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค รักษา
สูตรยาที่ ๒ ถึง ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๔ รวมระยะเวลา ๑๒ เดือน ๒๔ วัน ผู้ป่วยรายนี้ มีข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาล ๕ ข้อ ให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะร่างกายขาด
ออกซิเจนไม่เพียงพอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตับอักเสบ ปอดอักเสบ โรคหัวใจ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ระยะแรกรับ

ผู้ป่วยรายที่ ๑ ผู้ป่วยมารับบริการเมื่อ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๓ เวลา ๘.๕๗ น.

มาด้วยอาการ ไอ เจ็บหน้าอก น้ำหนักลดลง ได้รับคัดกรองผู้ป่วยมีอาการสงสัยวัณโรค ให้บริการช่องทาง
ด่วนให้กับผู้ป่วย ส่งต่อคลินิกวัณโรค one stop service คัดกรองวัณโรค ไม่พบติดเชื้อวัณโรคในร่างกาย
ได้รับการวินิจฉัยรักษา Fleural effusion ได้รับยารักษาตามอาการ วางแผนการรักษาเพื่อนัดหมายผู้ป่วยรับ
ยาครั้งต่อไป ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๓ เสมหะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน ๑ ข้อ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อร่างกายขาดออกซิเจนไม่เพียงพอ และติดเชื้อวัณโรค
ในร่างกายผลตรวจทางCXR Lt lung Fleural effusion เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ปอดบวม
อักเสบได้ จึงได้วางแผนประเมินอาการและอาการแสดง ปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอ อย่าง
น้อย $O_2 \text{ sat} > 95\%$

ผู้ป่วยรายที่ ๒ ผู้ป่วยมารับบริการเมื่อ วันที่ ๕ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๗.๒๕ น.

มาด้วยอาการสำคัญ : ไอ เป็นเลือดสดๆ มีไข้บางเวลา เป็นมา ๑ เดือน ได้รับคัดกรองผู้ป่วยมีอาการสงสัย
วัณโรค ให้บริการช่องทางด่วนให้กับผู้ป่วย ส่งต่อคลินิกวัณโรค one stop service คัดกรองวัณโรค ไม่พบ
ติดเชื้อวัณโรคในร่างกาย ได้รับยารักษาตามอาการ วางแผนการรักษาเพื่อนัดหมายผู้ป่วยรับยาครั้งต่อไป
วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๘.๒๗ น. มาตามนัด เก็บเสมหะส่งตรวจครั้งที่ ๒-๓ ผลตรวจเป็น
negative และได้รายงานแพทย์ แพทย์ได้พิจารณาจาก ผลX-ray: CXR เข้าได้กับวัณโรค วินิจฉัยเป็นวัณ
โรคเสมหะลบ จึงขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค จากผลถ่ายภาพ CXR ผลเสมหะผลลบ ด้วยสูตรยา fist line

drug ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน ๑ ข้อ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อร่างกายขาดออกซิเจนไม่เพียงพอ และติดเชื้อ
วัณโรคในร่างกายผลตรวจทางCXR Lt lung Cavity เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ปอดบวม
อักเสบได้ จึงได้วางแผนประเมินอาการและอาการแสดง ปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยได้รับอย่างเพียงพอ
อย่างน้อย $O_2 \text{ sat} > 95\%$

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕.ผลสำเร็จของงาน.(เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ (ต่อ)

ระยะต่อเรื่องที่ คลินิกวัณโรค

ผู้ป่วยรายที่๑ มารับบริการตามนัด วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๖๓ เวลา ๙.๓๖ น.

BW ๔๗ T๓๖.๔ PR ๘๔ RR ๒๐ BP๑๐๐/๖๐ O๒sat=๙๖% ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ จาก AFB smear ผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคในร่างกาย ได้รับการวินิจฉัยการรักษา first line drug เริ่มการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องโรค พยาธิสภาพของโรค การติดต่อ การรักษา อาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรักษา วางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา ๒ เดือน นัดหมายผู้ป่วยรับยาครั้งต่อไป ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓ เพื่อรับยาและตรวจทางห้องปฏิบัติการCXR มีรายงานผลตรวจเสมหะดี้อย่า (จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่๑๐จังหวัดอุบลราชธานี)ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยรักษาสูตรที่๒ second line drugวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา ๙-๑๒ เดือน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน ๓ ข้อผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นเนื่องจากพบเชื้อวัณโรคในร่างกายเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยา อาการข้างเคียงจากยา เนื่องจากที่ผู้ป่วย เนื่องจากได้รับยาหลายขนาน ติดต่อประสานงานรพ.สต

อสม.ใกล้บ้าน ติดตามผู้ป่วยพร้อมกำกับการกินยา โดยระบบ DOT การพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์ครบทุกข้อ จึงได้วางแผนประเมินอาการและอาการแสดง และนัดหมายผู้ป่วยครั้งต่อไป วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๓ เวลา ๘.๓๐ น. เพื่อประเมินอาการ รับยาต่อเนื่อง และตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการศึกษารายนี้ พบว่าผู้ป่วยมาตามนัด เก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาสูตร ๒ ต่อเนื่อง เป็นเวลา ๘เดือน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ culture no growth ไม่พบอาการข้างเคียงจากยา จึงเตรียมวางแผนจำหน่ายเป็นเวลากลับ ๒ เดือน

ผู้ป่วยรายที่๒ มารับบริการตามนัด วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๓ เวลา ๘.๒๗ น.

ได้รับการวินิจฉัยการรักษาfirst line drug เริ่มการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ให้คำแนะนำผู้ป่วยเรื่องโรค พยาธิสภาพของโรคการติดต่อการรักษาอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างรักษา วางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา ๔ เดือน นัดหมายผู้ป่วยรับยาครั้งต่อไป ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๘.๒๙ น. วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ ได้รับผลการตรวจ DST ผลดี้อย่า ๒ขนาน คือ INHและ rifampicin (จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่๑๐จังหวัดอุบลราชธานี)ผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยรักษาสูตรที่๒ second line drug วางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา ๙-๑๒ เดือน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จำนวน ๓ ข้อ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นเนื่องจากพบเชื้อวัณโรคในร่างกาย เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากยาอาการข้างเคียงจากยา และมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาการติดตามประสานงานรพ.สต อสม.ใกล้บ้าน ติดตามผู้ป่วยพร้อมกำกับการกินยาโดยระบบDOTการให้พยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยบรรลุตามวัตถุประสงค์ครบทุกข้อ และได้วางแผนประเมินอาการและอาการแสดง และนัดหมายผู้ป่วยครั้งต่อไปวันที่๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ เวลา ๙.๒๒ น. เพื่อประเมินอาการ รับยาต่อเนื่อง และตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากการศึกษารายนี้ พบว่าผู้ป่วยมาตามนัด เก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการรักษาสูตร ๒ ต่อเนื่อง เป็นเวลา ๑๐เดือน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ culture no growth พบอาการข้างเคียงจากยาเพียงเล็กน้อย จึงเตรียมวางแผนจำหน่ายเป็นเวลากลับ ๒ เดือนต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕.ผลสำเร็จของงาน.(เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ต่อ)

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ(ต่อ)

ระยะวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยรายที่๒ มารับบริการตามนัด วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๔ เวลา ๙.๐๔ น.

BW ๕๒.๕ T๓๖.๔ PR ๘๔ RR ๒๐ BP๑๐๐/๖๐ O๒ sat= ๙๘ %

รับยาเดือนที่๙ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ จำนวน ๑ ข้อ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากมีประวัติเคยรักษาให้การพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ เตรียมวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การป้องกันตนเอง ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เสี่ยงต่อการติดเชื้อและเฝ้าระวังการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจX-ray:CXR ตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับใช้หลักโดยใช้หลักDMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและยังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วยโรค โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้รับสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยตามสิทธิ บริการสาธารณสุขญาติผู้ป่วยสัมผัสโรคร่วมบ้าน อยู่ในสังคมชุมชนได้ปกติการศึกษาผู้ป่วยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยใน ห้องตรวจฉุกเฉิน รพ.สต. และอสม/ผู้นำในชุมชนและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรพ.วารินา บรรลุวัตถุประสงค์ รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งต่อไป การวางแผนเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยนัดครั้งต่อไป ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๘.๓๐น. เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ X-ray:CXR ผู้ป่วยมาตามนัดหมาย วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๑.๑๐น. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ X-ray:CXR ประสานงาน ส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางไลน์ ไปยังรพ.วารินา แพทย์พิจารณาผลการตรวจ ประเมินผลพร้อมจำหน่ายผู้ป่วย คือรักษาหาย

ผู้ป่วยรายที่๒ ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๑.๔๔ น.

BW ๗๐ T๓๖.๒ PR ๘๖ RR ๒๐ BP๑๓๐/๘๐ O๒sat = ๙๘ %

รับยาเดือนที่๙ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ จำนวน ๑ ข้อผู้ป่วยและญาติขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การให้การพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์ เตรียมวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยให้คำแนะนำ การป้องกันตนเองไม่กลับเป็นซ้ำ การป้องกันการติดเชื้อ การปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเฝ้าระวังการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย ตรวจX-ray:CXR ตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมกับใช้หลักโดยใช้หลักDMETHODเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและยังใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้รับสิทธิประโยชน์ผู้ป่วยตามสิทธิ ญาติผู้ป่วยสัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจรักษา อยู่ในสังคมชุมชนได้ปกติสุข การศึกษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยใน ห้องตรวจฉุกเฉิน รพ.สต. และอสม/ผู้นำในชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.วารินา เพื่อประเมินผลการรักษา บรรลุวัตถุประสงค์ รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการครั้งต่อไปการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย นัดผู้ป่วยครั้งต่อไป ๒๗ ธันวาคม๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๔๔ น. เพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ X-ray:CXR ผู้ป่วยมาตามนัด วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๔๔ น. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ X-ray:CXR ประสานงานส่งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางไลน์ไปยังรพ.วาริน แพทย์พิจารณาผลการตรวจประเมินผลพร้อมจำหน่ายผู้ป่วย คือรักษาหาย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลการดำเนินงานและกรณีศึกษา ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ เป้าหมาย การพยาบาลดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือ ยาหลายขนาน MDR-TB ผู้ป่วยรักษาหาย สามารถดำรงชีวิตได้เป็นตามปกติในชีวิตประจำวัน

-เพื่อเป็นแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยค้นหาวัณโรครายใหม่ เข้ารับการรักษามาตามแผนการรักษา ตามเป้าหมาย นโยบายของประเทศ รักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยา รักษาหายขาด ไม่กลับเป็นซ้ำ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รับผิดชอบต่อสังคม อยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัย

-เพื่อให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามกระบวนการพยาบาล Nursing process มาตรฐานการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแผนการรักษา การพยาบาลเบื้องต้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา

-เพื่อพัฒนาระบบควบคุมเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดการติดเชื้อกับบุคลากร ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ และญาติที่มารับบริการ ภายในโรงพยาบาลได้มีอากาศที่บริสุทธิ์เพิ่มขึ้น ปลอดภัยจากเชื้อวัณโรค ที่กระจายและลอยมาในอากาศได้

-เพื่อให้การบริการผู้รับบริการ มีกระบวนการพยาบาลและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

-เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรค ได้รับความรู้ สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ถูกต้อง การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง การใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์จากยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การปฏิบัติตัวเพื่อลด ความรุนแรงของโรค การมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากยา ผลการนำไปใช้ประโยชน์ที่ได้รับ หลังจากที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

๑.การนำไปใช้ประโยชน์โดยตรง/การประยุกต์ใช้

ผลการดำเนินงาน ทำให้เกิดองค์ความรู้ ความสามารถพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ มีความก้าวหน้าทางวิชาการ พยาบาล มีวิธีการปฏิบัติงานใหม่ๆ แตกต่างจากปฏิบัติงานเดิมๆ มีคู่มือการปฏิบัติงาน/มีแนวทางที่สามารถ นำไปใช้เป็นประโยชน์ ในการปฏิบัติการกำกับดูแลผู้ป่วยกับโรงพยาบาลและหน่วยงานต่อไป ผลทางด้าน จิตใจ การเสียสละ เพียงเล็กน้อย ให้บริการเพียงการพูด การฟัง ถาม ก็มีมีความสุขแล้ว

๒.การนำไปใช้ประโยชน์ทางอ้อม

เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรครายอื่นๆ เพื่อปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีกระบวนการ คัดกรองผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ลดการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข สามารถใช้ข้อมูลเบื้องต้น วิเคราะห์กระบวนการทำงานเดิมและต่อยอดให้ผลงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และมีแนว ทางที่ปฏิบัติงานงานอื่นๆ การพยาบาลผู้ป่วยรายอื่นๆ การดำเนินงานที่ง่ายขึ้น ลดความซับซ้อน และให้ บริการให้มีกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ผลกระทบ ค่อนข้างน้อย การดูแลใส่ใจ การกำกับ ติดตามเป็นผลดีกับผู้ป่วย ยังส่งผลความประทับใจ

ผู้ป่วย : ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์อย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้มากขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษา กรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรค จำนวน ๒ ราย พบว่า

ผู้ป่วยรายที่ ๑ ความยุ่งยากซับซ้อน เรื่องของผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคคือยา เนื่องจากผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ การค้นหาจากการตรวจเสมหะพบเชื้อ ผลตรวจ CXR ผิดปกติ พบต่อปอด ยาการรักษาได้รับการรักษาเป็นสูตรยาที่ ๒ ระยะเวลาการรักษา นาน ๑๐ เดือน ๑๓ วัน จากปัจจัยที่ทำให้เกิดเชื้อคือยา เนื่องจากว่า การดูแลสุขภาพตัวเองในครอบครัว จากยาที่มีการจัดเก็บยาที่ขาดคุณภาพหรือจากอากาศที่ผู้ป่วยเคยรักษาและยังมีเชื้อรักษาไม่หาย ทำให้เชื้อวัณโรคคือต่อยา การพยาบาลที่สำคัญ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีเชื้อคือยา การให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ ทีมการแพทย์ และการสาธารณสุขในชุมชน ให้การสนับสนุนร่วมมือกันให้การรักษาผู้ป่วยหายขาด เรื่องทางห้องปฏิบัติการ พบว่า การตรวจเสมหะของผู้ป่วยที่ส่งตรวจ ช้า-เร็ว ต่างกัน รอคอยระยะเวลาตามการตรวจเสมหะการสนองตอบต่อเชื้อวัณโรคและอาหารเลี้ยงเชื้อใช้ระยะเวลา รอคอย การผลการตรวจ การรายงานผล ทำให้การรักษา รอคอยด้วยเช่นกัน แนวทางแก้ไข การพยาบาลดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษา รักษาผู้ป่วยด้วยยาสูตรที่ ๑ ตามแผนการรักษา ให้สุขศึกษาการเฝ้าติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ติดตามประเมินอาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการติดตามเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอ ทีมสหวิชาชีพ การประสานข้อมูลผู้ป่วยหลังจากทราบข้อมูลพบว่าผู้ป่วยคือยา เพื่อรับทราบและมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยวัณโรคคือยา ทีมที่ดูแลจาก รพ.วารินชำราบ มีทีมแพทย์ การพยาบาล เภสัช การตรวจทางห้องปฏิบัติการ รพ.สำโรง หน่วยงานผู้ป่วยใน ห้องฉุกเฉิน ห้องยา ทางห้องตรวจทางปฏิบัติการ รพ.สต. และชุมชน

การติดตามเยี่ยมบ้าน ติดต่อประสานงาน รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน ครอบครัว สภาพแวดล้อม สภาพที่อยู่อาศัย และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา ทีมการคัดเลือกพี่เลี้ยง ผู้ป่วยต้องการดูแลตัวเอง เดินทางลำบาก ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เกี่ยวกับยา การรับประทานยา ความจำเป็นในการรักษา การขาดยา มีผลกระทบต่อยาเพิ่มอาการคือยามากขึ้น

นิเทศจากระดับจังหวัด ระดับเขต การประสานงานนิเทศและบันทึกข้อมูลที่เร่งรีบ ให้ทันเวลา ทันท่วงที ประเมินตามระยะเวลา ส่งผลถึงระดับประเทศ และทั่วโลกได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๗.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายที่ ๒ ความยุ่งยากซับซ้อน ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผู้ป่วยล้มโรคมายังมีอาการและอาการแสดงชัดเจน การคัดกรองผู้ป่วยล้มโรคคัดกรองได้เร็วขึ้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเร็วขึ้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจ การเก็บเสมหะ จำนวนเสมหะ ที่ถูกต้องส่งผลต่อการตรวจพบเชื้อ ผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ ผู้ป่วยรอการตรวจวินิจฉัยและรักษา พบเชื้อล้มโรคต้องยาใช้เวลารอคอย ๒-๓ เดือน บางครั้งเชื้อล้มโรคไม่เจริญเติบโตในอาหารที่เลี้ยงเชื้อ อาจจะไม่ได้รับการล้มโรคด้วยยาได้ การรักษาได้รับการล้มโรคด้วยโรคลดรูยาที่ ๑ เป็นเวลา ๔ เดือน ผลตรวจเสมหะต้องยาเปลี่ยน การรักษาเป็นลดรูยาที่ ๒ ระยะเวลารักษานาน ๑๒ เดือน ๒๔ วัน การให้การพยาบาลดูแลให้การพยาบาลตามอาการและอาการแสดงตรวจร่างกายและประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันการขาดอากาศหายใจ การติดเชื้ออื่นๆเพิ่มในร่างกาย และลดความวิตกกังวลระหว่างรอการรักษา ตรวจหาเชื้อไม่พบ การให้สุขศึกษา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น การให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ ทีมการแพทย์ และการสาธารณสุขในชุมชน ให้การสนับสนุนร่วมมือกันให้การรักษาผู้ป่วยรักษาหายขาด

การประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แพทย์ พยาบาล ห้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้หน่วยงานและนอกหน่วยงาน ประสานผลตรวจเสมหะ Genxpret อย่างต่อเนื่อง ผลตรวจทดสอบความไว ล้มโรคด้วยยาหลายขนาน ทันทเวลาพร้อมรายงานผลตรวจ ให้แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยทราบและให้การรักษาถูกต้อง ประสานการรักษาผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานระดับสูงกว่า ผู้ป่วยรับการล้มโรคล้มโรคด้วยยา Node การรักษาผู้ป่วยที่รพ. วารินชำราบ แนวทางการรักษาผู้ป่วยล้มโรคล้มโรคด้วยยา ทีมที่ดูแลจาก รพ.วารินชำราบ มีการแพทย์ การพยาบาล เกสซ์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทีมสหวิชาชีพรพ.สำโรง หน่วยงานผู้ป่วยใน ห้องฉุกเฉิน ห้องยา ห้องตรวจทางปฏิบัติการ รพ.สส.และชุมชน รับการประสานงานสม่ำเสมอ

การติดตามเยี่ยมบ้าน ติดต่อประสานงาน รพ.สส. อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านครอบครัว สภาพแวดล้อม สภาพที่อยู่อาศัย และการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา จากทีมพี่เลี้ยงให้การดูแล สนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วย เดินทางลำบาก ผู้ป่วยอยู่คนเดียว การติดตามลำบาก ชอบอยู่ตามทุ่งนา ห่างไกลชุมชน แต่จำเป็นในการรักษา การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เกี่ยวกับยา การรับประทานยา การขาดยา การติดตามผู้ป่วยสม่ำเสมอ การนำจ่ายยาให้ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจติดตามการรักษาด้วยตัวเองมากขึ้น เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยมีอาการตุ่มผื่นแดงทั่วหลัง ประเมิน ADR safety monitoring เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ต่อยาต่อเนื่อง ให้กำลังใจ และการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผลการตรวจ EKGผิดปกติ เนื่องจากมีอัตราการเต้นของหัวใจช้า ตีขึ้นหลังเปลี่ยนยาบางตัวระหว่างรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน ยังเสริมพลังให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ลดการตีตรา ทำให้ผู้ป่วยติดตามรักษาด้วยตัวเอง รับประทานยาครบตามสูตร ไม่ขาดยา และผลการรักษาหายขาดได้ การนิเทศจากระดับจังหวัด ระดับเขต การประสานงานและบันทึกข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานเร่งรัดให้ทันเวลา ทันทการประเมินตามระยะเวลา ส่งผลถึงระดับ ประเทศ และทั่วโลกได้เช่นกัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)
๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
<p>ปัญหาและอุปสรรค</p> <p>ระยะก่อนการรักษาระยะแรก</p> <p>(๑) การประเมินหรือคัดกรองวัณโรค ความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ เนื่องจาก อาการและอาการแสดง ประวัติผู้ป่วย การให้ข้อมูลของผู้ป่วย ไม่ตรงแบบประเมิน ผู้ป่วยไม่ได้รับการคัดกรอง</p> <p>(๒) การคัดกรองวัณโรค ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เสมหะส่งตรวจไม่พบเชื้อ ส่งตรวจ Genexpret ไม่พบเชื้อ ผลตรวจ CXR ผิดปกติ ส่งต่อตรวจเพิ่มที่รพ.วาริน CT-scan เพื่อการวินิจฉัยถูกต้องมากขึ้น</p> <p>(๓) การควบคุมป้องกันการกระจายเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข ผู้ป่วย CXR พบผิดปกติ ผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ ได้รับการพ่นยา และยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค</p> <p>ระยะการรักษา</p> <p>(๑) การดูแลและการติดตามผู้ป่วยที่บ้าน การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากมีพยาธิสภาพที่ปอด ทำให้อากาศการไหลเวียนมีพื้นที่ลดลง ปัญหาช่วงแรกๆ ของการรักษา การติดตามกำกับดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยหอบเหนื่อยมากขึ้น มารับบริการนอกเวลาบ่อยครั้ง</p> <p>(๒) การติดต่อประสานงาน การรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการไม่ได้เต็มที่ และต่อเนื่อง สมุดบันทึกข้อมูลข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการประสานงานระดับต้นๆ ลดความขัดแย้ง ได้รับการเร็วปลอดภัยมากขึ้น ได้รับการเอาใจใส่ มีบริการผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมีห้องแยกเฉพาะ ห่างจากเจ้าหน้าที่ เข้าให้บริการตามเวลาที่กำหนด</p> <p>(๓) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพิ่มมาตรการให้การพยาบาล การดูแลมากขึ้น นิเทศติดตามดูแลผู้ป่วยนอน รพ. ตามทักษะ กระบวนการการดูแลผู้ป่วย มีหลักการ แนวคิดช่วยชีวิตผู้ป่วยมากขึ้น รวมถึงการส่งต่อแผนกฉุกเฉินที่ปลอดภัย</p> <p>ระยะหลังให้บริการ</p> <p>(๑) การติดตามผู้ป่วยในชุมชน ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน หลังจากจำหน่าย เพิ่มเวลาติดตามระยะเริ่มรับยา มีอาการและอาการข้างเคียงจากยา บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อย ไม่รับประทานยา ติดตามและให้ข้อมูลเพิ่มการให้ความรู้ ความเข้าใจ ผู้ป่วยได้รับมากขึ้น สนใจพร้อมปฏิบัติตาม</p> <p>(๒) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ดำรงชีวิตประจำวัน และปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>(๓) ด้านเศรษฐกิจผู้ป่วย ยังต้องดิ้นรนต่อสู้ชีวิต ทำงานและหาเลี้ยงชีพตัวเองและครอบครัว ทำงานหาเงินเอง หยุตงานลง</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อการให้การพยาบาลและดูแลให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรับยาครบตามสูตรการรักษา การปฏิบัติงาน ไปตามบทบาทหน้าที่ ตามความรู้ความสามารถ สมรรถนะ เพื่อให้การพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมสหวิชาชีพ ให้บริการที่คลินิกวัณโรคแยกออกชัดเจน พร้อมจัดระบบป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล ให้ความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ เฝ้าระวัง ติดตามสถานการณ์วัณโรคและสอบสวนโรค ฝึกอบรมและเป็นที่ปรึกษาให้กับรพ.สต., อสม. ในพื้นที่ร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้วัณโรคในพื้นที่ เครือข่ายที่ให้ความช่วยเหลือและมีบทบาทสำคัญ การดูแลผู้ป่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตามการกำหนด ตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ของแผนงานวัณโรคแห่งชาติ กองวัณโรคเป็นแกนกลางในการฝึกอบรม การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในพื้นที่และยังเร่งรัดการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการรณรงค์และวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาวัณโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมวางแผนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในเขตพื้นที่ ร่วมนิเทศ ให้การสนับสนุนด้านต่างๆ การเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประสานยา ติดตามผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน รวมถึง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การติดตามผู้ป่วย เยี่ยมบ้าน และคอยดูแลการเบิกจ่ายยาให้ผู้ป่วย อสม. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นพี่เลี้ยงกำกับกำกับการรับประสานยา ให้กำลังใจและคอยสนับสนุน ให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกมื้อ ที่ขาดไม่ได้ สำนักป้องกันควบคุมโรค นิเทศ ประเมินมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค กำกับติดตามงานภายในเขตที่รับผิดชอบ วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาวัณโรคในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประสานงานการดำเนินงานให้มีผลสำเร็จมากขึ้น โดยเฉพาะการประสานงานทางห้องปฏิบัติการ ประเมินผลการรักษา ทุกบทบาทหน้าที่สำคัญ ให้ร่วมมือสม่ำเสมอเพื่อดูแลผู้ป่วยรักษาหาย

ทีมสหวิชาชีพในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล การปฏิบัติงานตามบทบาทสำคัญ แพทย์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย พยาบาลให้ความช่วยเหลือตามความรู้ความสามารถ ประสานงานเพื่อให้ผลสำเร็จของงาน เภสัชจ่ายยาตามมาตรฐาน สูตรการรักษากำกับ ติดตามอาการข้างเคียงจากยาทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวินิจฉัยยืนยัน อนุชีววิทยา chest x-ray:cxr ตามภาพถ่ายลักษณะของปอดผิดปกติ ผู้ป่วยในบริการผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ดูแลผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย โภชนาการ อาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับอาหารเหลว อาหารทางสายยาง ร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยเสมอ

จัดทำเอกสารเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน การปฏิบัติงาน ปฏิบัติการ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาและแก้ไขปัญหารวดเร็ว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

การนำเสนอผลงานวิชาการ โครงการประชุมวิชาการ “ความก้าวหน้าและพัฒนาการวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI”

อันเป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพตนเองและพัฒนาวิชาชีพให้ได้มาตรฐานสากล เพื่อให้ศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลวิชาชีพ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความก้าวหน้าทางวิชาชีพการพยาบาลในยุค BANI และเป็นเวทีและเปลี่ยนนำเสนอผลงานวิชาการและวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๒๐๐ คน จำนวนผู้ลงทะเบียนทั้งหมด จำนวน ๑๙๓ คน

วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมชั้น ๓ ตึกกาญจนาพิเชษฐวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ที่ทำการสำนักงานสมาคมศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ๒๒๔ ถ.พลแพน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ๓๔๐๐๐

ตามหนังสือ ที่.สค.วพ.สปส. ๒๕๖๖/ว.๙๔ ลงวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖

ได้รับมอบเกียรติบัตรจากทางสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ไว้เพื่อแสดงว่า นางบุญอู๋ เวชกามา ได้เข้าร่วมประชุมและได้นำเสนอผลงาน รุ่นที่๑ ประเภท Oral presentation เรื่อง “การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน” อำเภอสำโรง ในวันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ณ.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ได้รับเกียรติอย่างสูงจาก ท่านอาจารย์นางสาว ไพรัช บุญจรัส ท่านนายกสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และท่านอาจารย์นางสาวนุสรุา ประเสริฐศรี ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) หากผู้ขอประเมินดำเนินการเพียงผู้เดียวให้ระบุชื่อและสัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

๑)นางบุญฮู้ เวชการมา.....สัดส่วนผลงาน.....๑๐๐(ระบุร้อยละ)

๒)สัดส่วนผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

๓).....สัดส่วนผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

ฯลฯ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)..... *นางบุญฮู้* ผู้ขอประเมิน

(นางบุญฮู้ เวชการมา)

(วันที่)..... / - ๙ มี.ค. ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (ถ้ามี)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑. ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางบุญชู เวชกามา	
๒. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	
๓. ชื่อผู้ร่วมดำเนินการ (ถ้ามี).....	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางบุปผชาติ พวงจันทร์)

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(วันที่)..... - / ๙ / ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)..... 

(นายสุรศักดิ์ เกษมศิริ)

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(วันที่)..... / - ๙ / ๒๕๖๗ /

หมายเหตุ

๑. กรณีส่งผลงานมากกว่า ๑ เรื่อง ผู้ขอประเมินจะต้องจัดทำเอกสารในส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน เพื่อประกอบการพิจารณาให้ครบตามจำนวนเรื่องที่ส่งประเมิน
๒. กรณีขอประเมินผลงานตำแหน่ง ระดับชำนาญการ ไม่ต้องส่งผลงานฉบับเต็ม (Full paper) และ ขอประเมินระดับชำนาญการพิเศษ บางสายงาน ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนดให้ส่งเฉพาะเอกสารเผยแพร่ผลงาน โดยไม่ได้ส่งผลงานวิชาการฉบับเต็ม (Full paper) ผู้ขอประเมินจะต้องจัดทำรายละเอียดของเนื้อหาผลงานวิชาการที่จัดทำ โดยสรุปไว้ในส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ข้อ ๑-๑๑) ให้เนื้อหาผลงานมีความชัดเจนครบถ้วนสมบูรณ์ ไม่น้อยกว่า ๑๕ หน้า
๓. คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อย ๒ ระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา ที่เหนือขึ้นไปอีก ๑ ระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรอง ๑ ระดับได้

แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. ชื่อเรื่อง พัฒนาและปรับปรุงงานการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคและวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม

๒. หลักการและเหตุผล

เชื้อวัณโรคคือโรคติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis เชื้อสามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศ เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิต ๑๐ อันดับแรกของประชากรโลก สำหรับสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทยอยู่ใน ๓ ใน ๑๔ ประเทศทั่วโลกที่มีการวัณโรคสูงสุด รวมไปถึงวัณโรคที่ยาหลายขนาน ทั้งนี้หากผู้ป่วยติดเชื้อคือยาหลายขนานทำให้มีผลเสียต่อการรักษาโดยใช้เวลานานขึ้น รวมถึงเสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยา การแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน ดังนั้นการให้การพยาบาลที่ซับซ้อนมากขึ้น ถูกต้องและเหมาะสม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีมากขึ้นต่อไป

สถานการณ์โรควัณโรค ทั่วโลกองค์การสหประชาชาติ จึงได้กำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB Strategy) ตามองค์การอนามัยโลก(WHO) และแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ให้บรรลุเป้าหมายลดอัตราป่วยวัณโรค รายใหม่ให้เหลือ ๑๐ รายต่อประชากรแสนคนในปี ๒๕๗๘ เป้าหมาย ๔ ปี ปี พ.ศ. ๒๕๗๐ ลดเหลือ ๘๙ ต่อแสนประชากร เป้าหมายที่ขึ้นทะเบียนมากกว่าร้อยละ ๘๕ (๑๕๕ คน/แสนประชากร) รักษาหายมากกว่า ร้อยละ ๘๘ เสียชีวิตร้อยละ ๕

ปี พ.ศ.๒๕๖๕ ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต จำนวน ๑๓,๗๐๐ รายมีโรคเอดส์ร่วมจำนวน ๙,๒๐๐ ราย Tuberculosis situation,๒๐๒๒ สถานการณ์โรควัณโรค เสียชีวิตจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตมีโรคร่วม ปีพ.ศ. ๒๕๖๕ ผู้ป่วย จำนวน ๕๑ ราย มีโรคร่วมอื่นๆ จำนวน ๑๓ ราย ร้อยละ ๒๖ โรคเบาหวานร่วม จำนวน ๘ ราย ร้อยละ ๑๖ โรคเอดส์ร่วมจำนวน ๖ ราย ร้อยละ ๑๒ โรคไตจำนวน ๖ ร้อยละ ๑๒ โรคหอบหืด จำนวน ๕ ราย ร้อยละ ๑๐ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๓ รายร้อยละ ๖ โรคมะเร็งร่วมจำนวน ๓ ราย ร้อยละ ๖ โรคตับ, โรคหัวใจ และโรควัณโรคร่วม จำนวน ๗ ราย ร้อยละ ๑๓ สถานการณ์โรควัณโรค เสียชีวิต อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ จำนวน ๕๗ ราย เสียชีวิต จำนวน ๑๑ ราย ร้อยละ ๑๙.๒๙ ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน ๓ ราย ร้อยละ ๕.๒๖ โรคเอดส์ร่วมจำนวน ๒ ราย ร้อยละ ๓.๕๐ โรคไตจำนวน ๒ ราย ร้อยละ ๓.๕๐ โรคหอบหืด จำนวน ๒ ราย ร้อยละ ๓.๕๐ โรคมะเร็งร่วม จำนวน ๑ ราย ร้อยละ ๑.๗๕ และโรควัณโรคเองร่วม จำนวน ๑ ราย ร้อยละ ๑.๗๕

สถานการณ์โรคเบาหวาน ข้อมูลจาก IDF Diabetes Atlas, ปี ๒๕๖๕ ทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน มากถึง ๕๓๗ ล้านคน มากกว่า ๙๐% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่า ภายในปี ๒๕๗๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๖๔๓ ล้านคน และภายในปี ๒๕๘๘ จะเพิ่มมากถึง ๗๘๓ ล้านคน มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเบาหวานทำให้เสียชีวิตสูงถึง ๖.๗ ล้านคน หรือเสียชีวิต ๑คน ทุกๆ ๕ วินาที ประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงถึง ๔.๘ ล้านคน มีแนวโน้มป่วยใหม่ปีละ ๓ แสนคน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ ๓๕.๖ หรือเพียง ๒.๖ ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง ๐.๙ คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง ๒๐๐ รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวาน จะเพิ่มสูงขึ้นถึง ๕.๓ ล้านคนภายในปี ๒๕๘๓ ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา โรคเบาหวานในประเทศไทยในปี ๒๕๖๓ มีผู้ป่วยอยู่ใน

ระบบประมาณ ๓.๓ ล้านคน เสียชีวิตประมาณ ๑๖,๓๘๘ คน (อัตราตาย ๒๕.๑/แสนประชากร) มีค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง ๔๗,๖๙๖ ล้านบาท

สถานการณ์โรคเบาหวานเขตสุขภาพที่ ๑๐ (กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๐) พบ ผู้ป่วยสะสม ๑๕๕,๖๒๙ ราย มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ จังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราป่วยเท่ากับ ๕,๙๔๙.๗๓ พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่รวมเขตเท่ากับ ๕๖๐.๔๕ ต่อแสนประชากร จังหวัดอุบลราชธานีพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เท่ากับ ๕๑๙.๖๐ ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ เป้าหมายปัจจัยเสี่ยงคือ (๑) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ร้อยละ ๙๐ (๒) ควบคุมความดันโลหิตสูง ได้ ร้อยละ ๙๐ (๓) ความชุกของผู้สูบบุหรี่ อายุ ๑๕ ปีลดลงและ (๔) แอลกอฮอล์ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ลดลงอัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อลดลง ๒๗.๔ ต่อแสนประชากร

โรคเบาหวาน Diabetes Mellitus

โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน (Pancreas) ที่ไม่สามารถผลิตอินซูลิน (Insulin) ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือร่างกายไม่สามารถนำอินซูลินไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากที่ได้รับประทานอาหารแล้ว ร่างกายจะย่อยอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต (ข้าว / แป้ง / น้ำตาล) ให้เป็นน้ำตาลกลูโคสซึ่งจะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด อินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ช่วยพาน้ำตาลเข้าไปที่เนื้อเยื่อ เพื่อนำไปใช้เป็นพลังงาน ในกรณีที่ร่างกายขาดอินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดจะสูงขึ้น ทำให้เกิดอาการเบาหวาน เช่น หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย เนื่องจากไตปล่อยน้ำตาลที่สูงผิดปกติในเลือดออกมากับปัสสาวะ

ลักษณะจำเพาะของโรค คือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia), glucose เพิ่ม protein breakdown มี ketosis, Acidosis และถึงตายได้ เมื่อโรคดำเนินไปยาวนานจะมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น มี Degenerative diseases ของหลอดเลือด, Retina, ไตระบบประสาท ลักษณะทางคลินิกของเบาหวานมีความแตกต่างกันได้มาก นับตั้งแต่เพียง Glucose tolerance test (GTT) ผิดปกติโดยไม่มีอาการใด ๆ จนถึงระดับรุนแรงขั้นอันตรายถึงชีวิต ซ็อกโคมา หรือทั้งสองอย่าง เช่น Diabetic ketoacidosis

โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มีสาเหตุมาจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมเช่น ความผิดปกติที่สำคัญของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดนี้คือ การมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน และการหลั่งอินซูลินที่ลดลง แต่ไม่ได้มีการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อนจึงยังมีการสร้างอินซูลินอยู่แต่เซลล์ในร่างกาย เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินจึงทำให้ต้องการอินซูลินในปริมาณที่มากกว่าปกติ

ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน รอบเอวเกิน เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชอบรับประทานอาหารรสหวาน มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

พยาธิสรีรวิทยา (Pathology)

เบาหวาน คือ ภาวะที่มีอินซูลินไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนได้อย่างปกติจึงทนต่อคาร์โบไฮเดรตได้น้อย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (ปกติ ๘๐-๑๒๐ mg %) การที่อินซูลินไม่เพียงพอ อาจเกิดจาก beta-cell ในตับอ่อนหลังออกไม่พอ ซึ่งจะพบมากในผู้ป่วยเด็กที่เป็นเบาหวาน ส่วนผู้ใหญ่มักเกิดจากอินซูลินขนาดปกติ หรือมากกว่าปกติ แต่ประสิทธิภาพของอินซูลินลดลง การเปลี่ยนแปลงเมื่ออินซูลินไม่พอ Tissue ซึ่งต้องการอินซูลิน (fibroblast

skeletal muscle, กล้ามเนื้อหัวใจ ฯลฯ) เมื่อมีอินซูลินไม่พอกกลูโคสในเลือดผ่านเข้าสู่เซลล์ได้ช้า ในขณะที่เดียวกันตับก็ปล่อยกลูโคสเข้าสู่เลือดจาก glycogenolysis ฉะนั้นกลูโคสก็จะค้างอยู่ในเลือดทำให้ระดับกลูโคสสูงขึ้น ในระยะนี้กลูโคสที่ได้รับมาจากอาหารหรือได้รับจากทางอื่น ก็ไม่สามารถใช้ให้หมดไปได้เร็ว glucose tolerance จึงลดลง เมื่อมีน้ำตาลในเลือดมากขึ้น และผ่านการกรองที่ไต แต่เกินความสามารถที่ Renal tubule จะดูดซึมกลับ ดังนั้น น้ำตาลส่วนที่เกินก็จะเสียไปทางปัสสาวะ (glycosuria) และพาเอาน้ำออกไปด้วย ฉะนั้นจะมีอาการกระหายน้ำและน้ำหนักตัวลด ก็สุดแต่ glycosuria มากหรือน้อยที่จะทำให้เกิด polyuria เมื่อขาดอินซูลิน tissue-protein ก็จะ break down ให้ amino acid เมื่อผ่านตับ ตับจะเปลี่ยนให้เป็น urea ในปัสสาวะจึงมี Nonprotein nitrogen เพิ่มขึ้น ร่างกายก็สูญเสีย nitrogen ไปทางปัสสาวะ Cargon Residue ของ amino acid ส่วนใหญ่ถูกสร้างเป็น glucose บางส่วนถูกเปลี่ยนเป็น aceto-acetate (ซึ่งเป็น ketone) ใน adipose tissues เมื่อขาดอินซูลินทำให้ Fat ที่สะสมไว้สลายออกเป็น Fatlysis (Lipolysis) เข้าสู่กระแสเลือดเพื่อนำไปใช้เป็น Energy จาก Metabolism ของ Fat จะทำให้เกิดการสร้างและการคั่งของ acetyl. Ketone body เพิ่มมากขึ้น พวกนี้เป็นกรดแรงจะทำให้เกิด Ketoacidosis และถูกขับออกมาทางไตโดยร่วมกับต่าง ฉะนั้น Na ซึ่งมาจาก NaHCO_3 ก็เข้าไปรวมตัวและถูกขับออกมาทางปัสสาวะทำให้เกิด Acidosis ขึ้นและร่างกายเสีย Na ไปจาก Metabolism ที่เปลี่ยนแปลงทำให้มี (๑) Negative nitrogen balance (๒) น้ำหนักลด (๓) Ketosis (๔) acidosis ทำให้มีอาการทางสมอง ซึมและโคม่า acidosis ทำให้การหดตัวของหลอดเลือดเล็ก ๆ ไม่ดี ร่วมกับการที่ขาดน้ำก็ทำให้ blood volume ลดลงทำให้เกิด shock ได้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA, ๒๐๑๒a) และ สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และ คณะ (๒๕๔๔) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ (๑) ค่าฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA_{1c}) มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๖.๕ สมาคมโรคเบาหวาน แห่งสหรัฐอเมริกาได้แนะนำให้การตรวจค่าไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินเป็นเกณฑ์ที่สามารถวินิจฉัย โรคเบาหวานได้ แต่ต้องทำในห้องปฏิบัติการและตามวิธีการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน (national glycohemoglobin standardization program [NGSP] and Diabetes Control and Complications Trial [DCCT]) (ADA, ๒๐๑๒a) สำหรับประเทศไทยยังไม่นิยมให้ใช้ค่าไกลโคไซด์ฮีโมโกลบินสำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน เนื่องจากยังไม่มีห้องปฏิบัติการ และวิธีการที่เหมาะสม เพียงพอ และได้ มาตรฐานตามที่สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนดไว้ และที่สำคัญคือ มีค่าใช้จ่ายในการตรวจสูง (๒) การตรวจระดับพลาสมา กลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง (fasting plasma glucose [FPG]) พบค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑๒๖ มิลลิกรัม ต่อเดซิลิตร (๗.๐ มิลลิโมลต่อลิตร) (๓) การตรวจความทนต่อกลูโคส (๗๕ gram oral glucose tolerance test [OGTT]) ใช้สำหรับ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงแต่ตรวจพบระดับพลาสมา กลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง มีค่าน้อยกว่า ๑๒๖ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (๗.๐ มิลลิโมลต่อลิตร) ทดสอบโดยวิธีการดื่มสารละลายกลูโคส ๗๕ กรัม พบระดับพลาสมา กลูโคสหลังดื่ม ๒ ชั่วโมง มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (๑๑.๑ มิลลิโมลต่อลิตร) (๔) ผู้ที่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระหายน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดลงโดยที่ไม่มีสาเหตุหรือเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างรุนแรง และเมื่อตรวจระดับ พลาสมา กลูโคส (random plasma glucose) โดยไม่จำเป็นต้องอดอาหาร พบค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (๑๑.๑ มิลลิโมลต่อลิตร) กรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไม่ชัดเจนหรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น จะต้องมีการตรวจซ้ำ เพื่อยืนยันผลอีกครั้งในต่างวันกัน

การรักษาโรคเบาหวาน(DiabetesMellitus)

นั้นแพทย์จะพิจารณาวางแผนการรักษาให้สอดคล้องกับชนิดของโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยเป็นทั้งนี้ โรคเบาหวานถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการรักษายาวนาน รวมทั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยที่ต้องมีวินัยในการดูแลสุขภาพอย่างเคร่งครัด ตามข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ภายใต้การกำกับดูแลติดตามอาการอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ เพื่อควบคุมอาการของโรคเบาหวาน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมาโดยวิธีการรักษาโรคเบาหวานได้แก่ (๑)ควบคุมอาหาร

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน(DiabetesMellitus)

(๑)ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ(๒)ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรง(๓)ภาวะเบาหวานขึ้นตา(๔)โรคไต(๕) โรคหลอดเลือดหัวใจ(๖)โรคหลอดเลือดสมอง(๗) โรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน แผลติดเชือกที่เท้า

สถานการณ์อำเภอสำโรง มีประชากรจำนวน ๕๔,๐๐๐ คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๓,๖๐๐ คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ ๓.๖ ต่อแสนประชากร จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรค ผู้ป่วยโรคเบาหวานเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ๓ ปี (ปี๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) มีค่าตรวจ HBA๑c ที่มีระดับ ๗ - ๘ ดังนี้ (๑) ปี พ.ศ.๒๕๖๔ ผู้ป่วยเบาหวานค่าตรวจ HBA๑c ระดับ๗ จำนวน ๑,๘๕๑ คน เท่ากับร้อยละ ๕๑.๔๑ ระดับ ๘ จำนวน ๑,๔๐๔ คน เท่ากับร้อยละ๓๙.๐๐ (๒) ปีพ.ศ.๒๕๖๕ ผู้ป่วยเบาหวานค่าตรวจ HBA๑c ระดับ๗ จำนวน ๑,๗๒๑ คน เท่ากับร้อยละ๗๐.๑๔ ระดับ ๘ จำนวน ๑,๓๐๑ คน เท่ากับร้อยละ๕๓.๒๓ (๓) ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเบาหวานค่าตรวจ HBA๑C ระดับ๗ จำนวน ๑,๗๐๑ คนเท่ากับร้อยละ ๗๐.๔๔ ระดับ ๘ จำนวน ๑,๓๔๕ คนเท่ากับร้อยละ ๕๘.๘๕

และพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ย้อนหลัง ๔ ปี (ปี๒๕๖๓ - ๒๕๖๖)

(๑) ปีพ.ศ.๒๕๖๓ ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน ๕๕ คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๑๐ คนคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๑๘ เสียชีวิต - คน (๒) ปีพ.ศ.๒๕๖๔ ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน ๕๕ พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๐๙ เสียชีวิต - คน (๓) ปีพ.ศ. ๒๕๖๕ ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน ๕๗ คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๑๕ คนคิดเป็นร้อยละ ๒๗.๓๑ เสียชีวิต ๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๒๖ (๔) ปีพ.ศ.๒๕๖๖ ผู้ป่วยวัณโรคจำนวน ๔๗ คน พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๙๑ เสียชีวิต ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๕ พบเป็นผู้ป่วยวัณโรคคือยา INH จำนวน ๑คน คิดเป็นร้อยละ๒.๑๒

๓. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากสถานการณ์โรควัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วมในประเทศไทยในปี พ.ศ.๒๕๖๓ มีผู้ป่วยอยู่ในระบบประมาณ๓.๓ ล้านคน เสียชีวิตประมาณ๑๖,๓๘๘ คน (อัตราตาย ๒๕.๑/แสนประชากร) จังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เท่ากับ ๕๑๙.๐๐ ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยที่มีระดับสูงๆ ควบคุมไม่ได้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อได้ง่าย โดยเฉพาะโรควัณโรค เป้าหมายปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการป้องกันและควบคุมโรค คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ ๙๐ ของผู้ป่วยทั้งหมด อำเภอสำโรงผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๓๖๐๐ ราย การควบคุมระดับน้ำตาลได้ ปีพ.ศ.๒๕๖๖ จำนวน ๑,๘๖๔ คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๗๗ การเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อตรวจวินิจฉัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจึงมีความสำคัญในการตรวจคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่พบเป็นวัณโรคได้รับการรักษา และยังป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และตรวจค้นหาการรักษาวัณโรคที่อยู่ในระยะแฝง ระยะ Active และดื้อยา ถ้าพบผู้ป่วยกลุ่มนี้ ป่วยเป็นวัณโรคและมี

ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเพิ่มมาตรการการดูแล เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลเพิ่มมาตรการดูแลทั้งสองโรคพร้อมๆกัน

วัณโรค เป็นโรคระบาดร้ายแรง มีหลักฐานการติดเชื้อมานานตั้งแต่ก่อนยุคก่อนประวัติศาสตร์ สาเหตุเกิดจากเชื้อไมโครแบคทีเรียทิวเบอร์คิวโลซิส (Mycobacterium Tuberculosis) ที่สามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศโดยผ่านทาง การไอ จาม และเสมหะปนเลือด ไอเรื้อรังนานกว่า ๒ สัปดาห์ บางรายอาจมีเพียงอาการ โดยที่ไม่มีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย หรือบางรายที่เป็นวัณโรคปอดเพียงเล็กน้อย อาจไม่มีอาการแสดงอะไรเลยก็ได้

ในปี ค.ศ. ๑๘๖๕ Jean-Antoine Villemin ศัลยแพทย์ทางทหารของฝรั่งเศส พบว่าวัณโรคสามารถติดต่อจากคนไปสู่จำพวกโค/กระบือและไปสู่กระต่ายได้ เขาจึงตั้งสมมุติฐานว่าวัณโรคเป็นโรคเชื้อที่สามารถติดต่อได้ ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาการทางการแพทย์ได้เริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. ๑๘๙๕ Wilhelm Konrad von Rontgen นักฟิสิกส์ชาวเยอรมันได้ค้นพบสิ่งสำคัญมากที่สุดคือรังสีเอกซ์(X-ray) กากพัฒนายารักษาวัณโรคในปี ค.ศ. ๑๙๔๓ มีการใช้ยาฆ่าเชื้อโรค Para-aminosalicylic acid (PAS) ที่คิดค้นโดย Jorgen Lehmann ได้มีรายงานการคิดค้นและทดลองใช้ยา streptomycin รักษาวัณโรค ในปี ค.ศ. ๑๙๕๒ ในปีเดียวกันคิดค้นยา Isoniazid ที่มีฤทธิ์ทำลายเชื้อแบบ bactericidal ชนิดแรก ปีค.ศ. ๑๙๕๔ ค้นพบ pyrazinamide นำมาใช้ร่วมกัน ในปีค.ศ. ๑๙๖๒ ค้นพบ ethambutol และปีค.ศ. ๑๙๖๓ ค้นพบ rifampicin โดยตัวยานี้ยังคงใช้รักษาวัณโรคมาจนถึงปัจจุบัน

เชื้อวัณโรคและการเกิดโรค วัณโรคเกิดได้ทุกอวัยวะของร่างกาย เชื้อ Mycobacterium tuberculosis ๓ กลุ่ม (๑) mycobacterium tuberculosis Complex (MTBC) เป็นสาเหตุของวัณโรคในคนและสัตว์ มักก่อโรคในสัตว์ ซึ่งอาจติดมาถึงคนได้ เป็นสายพันธุ์ที่นำมาเป็นวัคซีน บีซีจี (๒) Non-tuberculosis mycobacterium (NTM) พบในสิ่งแวดล้อม ดิน น้ำ ส่วนใหญ่ไม่ก่อโรคในคน (๓) Mycobacterium leprae เป็นสาเหตุของโรคเรื้อน

การติดเชื้อและการป่วยเป็นวัณโรค (TB infection and TB disease) เมื่อสุดท้ายใจเอาเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด Macrophage ในถุงลมปอดเป็นระบบภูมิคุ้มกันแรกที่สามารถกำจัดเชื้อได้ ถ้าภูมิคุ้มกันด่านแรก ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปหมดได้ เชื้อวัณโรคมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นและสามารถผ่านผนังถุงลม เข้าไปยังเนื้อเยื่อของปอด cells ที่มีเชื้อวัณโรคอยู่เรียกว่า granuloma เป็นขบวนการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง (latent TB infection) ถ้าเชื้อวัณโรคใน granuloma มีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ มีปริมาณมากเกินไปที่ granuloma จะควบคุมได้เชื้อจะเข้าสู่กระแสเลือด และแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ หรือกลับมายังระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่ปอด เป็นกระบวนการป่วยวัณโรคลุกลาม (active TB disease) เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายมีภาวะอ่อนแอหรือมีโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงเชื้อวัณโรคที่แฝงอยู่มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนทำให้เกิดเป็นวัณโรค

วัณโรคร่วมกับโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนและความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นเบาหวาน ๓ เท่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีเบาหวานเสียชีวิตในระหว่างการรักษาวัณโรคค่อนข้างมาก และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง ผู้ป่วยวัณโรคก็ควรตรวจหาเบาหวานด้วยเมื่อเข้าถึงการรักษาร่วมกันทั้งสองโรค เพื่อให้การควบคุมวัณโรคและโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพ ความเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรค (risk of developing active disease) ของผู้ป่วยเบาหวาน ประมาณ ๓๐ % ตลอดช่วงชีวิต ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันร่างกายที่อ่อนแอ

เป็นปัจจัยความเสี่ยงที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการที่จะบรรลุเป้าหมาย การลดป่วยและลดการเสียชีวิตจากวัณโรค

ผู้ป่วยโรควัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม เป็นหนึ่งความเสี่ยงสูง และเป็นปัจจัยการเสียชีวิต การให้การพยาบาลและการดูแลรักษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามสูตรการตรวจรักษา พร้อมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ตามมาตรฐานการตรวจระดับน้ำตาล การวิเคราะห์การควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยที่มารับบริการ การเอาใจใส่และให้ข้อมูลระหว่างรักษา การควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานยา รับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย อาการข้างเคียงจากยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลสูงขึ้น หรือต่ำลง อย่างรวดเร็ว เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น และลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานลดลง

การให้คำแนะนำและให้ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นอีกหนึ่งสำคัญในการควบคุมป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการเลือกรับประทานอาหารให้หลากหลาย เน้นผัก ผลไม้ และธัญพืชต่างๆ ลดอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๓-๕ ครั้ง ทำจิตใจให้แจ่มใส นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ๗-๘ ชั่วโมงต่อวัน ไม่สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๓.๒ แนวความคิด

การดำเนินการของวัณโรคเป็นกระบวนการแบบต่อเนื่องจากการติดเชื้อแล้วลุกลามป่วยเป็นวัณโรคซึ่งกระบวนการมีทั้งไปข้างหน้าหรืออาจจะย้อนกลับมาได้ ขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกัน (host immunity) และภาวะเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกัน (comorbidities) ของร่างกาย เมื่อร่างกายรับเชื้อเข้าไปแล้วจะถูกกำจัดเชื้อออกด้วยระบบภูมิคุ้มกันที่มีมาตั้งแต่เกิด (innate immune response) หรือภูมิคุ้มกันสร้างขึ้นภายหลัง (acquired T cell immunity) ถ้าร่างกายสามารถกำจัดเชื้อออกได้หมด จะไม่เกิดการติดเชื้อ แต่ถ้าไม่สามารถกำจัดออกได้หมด ยังคงมีเชื้อวัณโรคแฝงอยู่ แสดงว่ามีการติดเชื้อ (latent TB infection) เชื้อวัณโรคที่แฝงในร่างกายเป็นเชื้อที่ยังมีชีวิต (alive) แต่ไม่เจริญเติบโตหรือลุกลาม (not active) แต่เมื่อใดก็ตามที่ร่างกายมีภาวะอ่อนแอลงหรือมีโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง เชื้อวัณโรคที่แฝงอยู่มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนทำให้เกิดป่วยเป็นโรค เกิดได้ภายใน ๒-๘ สัปดาห์หลังรับเชื้อ ป่วยเป็นวัณโรคครั้งแรก วัณโรคปฐมภูมิ (primary tuberculosis) วัณโรคหลังติดเชื้อมานานหลายปี ร่างกายมีภาวะอ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันไม่แข็งแรง มีการกระตุ้นให้เชื้อที่สงบอยู่ในร่างกายมีการแบ่งตัว ขึ้นมาใหม่ วัณโรคทุติยภูมิ (secondary or post primary tuberculosis)

ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ประมาณร้อยละ ๗๐-๘๐ ไม่ติดเชื้อวัณโรค ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ร้อยละ ๑๐-๓๐ คนส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๐ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆตลอดชีวิตและไม่ป่วยเป็นวัณโรค มีเพียงร้อยละ ๑๐ของวัณโรคระยะแฝงที่ป่วยเป็นวัณโรค จะป่วยภายใน ๒ปี ร้อยละ ๕ และป่วยภายหลัง ๒ปี ร้อยละ ๕ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา จะเสียชีวิต ภายใน ๕ ปี แต่ถ้าถ้าได้รับการรักษา จะรักษาหาย

การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค วัณโรคที่ปรากฏอาการช้าๆ ส่วนหนึ่งยังอยู่ในชุมชน และเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า บางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการ บางรายเข้ามาแล้วแต่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่น ส่งผลให้การควบคุมวัณโรคในภาพรวม บางรายไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ตรวจพบเสมหะเป็นบวก ความผิดปกติจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก บางรายมารับบริการด้วยโรคอื่นๆ พบความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีทรวงอก ตรวจพบเสมหะเป็นบวก ดังนั้นการคัดกรองจำเป็นต้อง

เพิ่มมาตรการคัดกรองเชิงรุก ในชุมชนและนอกสถานบริการสาธารณสุข และเพิ่มการตรวจวินิจฉัยใหม่ๆ ที่ตรวจได้แม่นยำและรวดเร็วขึ้น

ประชากรที่เสี่ยงสูง ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) โดยเฉพาะที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest X-ray) เป็นวิธีที่มีความไวสูงกว่าการคัดกรองด้วยอาการ สามารถใช้เป็นการคัดกรองเบื้องต้นก่อนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจเสมหะยืนยันการตรวจพบเชื้อวัณโรค

เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น วัณโรคที่ตรวจยืนยันการติดเชื้อวัณโรค เข้าสู่กระบวนการการรักษาด้วยยาตามสูตรมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยรักษาหาย ลดการแพร่กระจายของเชื้อ และการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำและประเมนโรคร่วม เบาหวาน การติดเชื้อ เอชไอวี การทดสอบความไวต่อยา และการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง ขนาดยาถูกต้อง สม่าเสมอ และรักษาอย่างต่อเนื่อง

การให้การพยาบาล เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ขณะเจ็บป่วยสภาพร่างกายผู้ป่วยเปลี่ยนไป ส่งผลต่อทางด้านจิตใจ หลักการพยาบาลมีความสำคัญดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการวินิจฉัยรักษาวัณโรค ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอาการเปลี่ยนแปลงตามระยะก่อนการรักษา ขณะรักษาและหลังจากรักษา ด้วยกระบวนการพยาบาล และ ตามแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล ทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman System Model)

แนวคิดหลักของทฤษฎีระบบของนิวแมนให้ความสำคัญกับระบบบุคคลและระดับการปรับตัวของสุขภาพ ซึ่งได้พัฒนาขึ้นตามช่วงเวลาและภาวะปกติของบุคคล

การพยาบาล (Nursing)

เป้าหมาย หรือความสนใจของพยาบาล คือ การรักษาความสมดุลของระบบของผู้รับบริการ โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นของสิ่งรบกวนชีวิตในสิ่งแวดล้อม และช่วยผู้รับบริการให้ปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด ภาวะปกติสุขในระดับสูงสุด หมายถึง ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ในช่วงเวลาหนึ่งการปฏิบัติการพยาบาล คือ การริเริ่มที่จะคงไว้ ได้รับ และดำรงรักษาสุขภาพที่ดีที่สุดของบุคคล โดยการใช้อุปกรณ์ ๓ ชนิด ในการปฏิบัติเพื่อจะรักษาสมดุลของระบบในการรักษาสมดุลของระบบนั้นพยาบาล จะสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องระหว่างผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อมสุขภาพและการพยาบาลการป้องกันในฐานะการปฏิบัติการพยาบาล(Prevention as intervention) ซึ่งอาจจะเป็นตอนที่เราทราบ

ต้นเหตุของความเครียด หรือบุคคลยังมีสุขภาพดีแต่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น

- (๑) การป้องกันระยะแรก เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติ โดยการป้องกันแนวการป้องกันของบุคคล ด้วยการเสริมสร้าง แนวยึดหยุ่นของการป้องกันตัว เป้าหมายของการป้องกันระยะแรก คือ การส่งเสริมภาวะปกติสุขของบุคคลโดยการป้องกันความเครียดหรือสิ่งรบกวนชีวิตและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ
- (๒) การป้องกันระยะที่ ๒ เป็นการรักษาพยาบาลตามอาการที่ปรากฏ เพื่อตอบโต้สิ่งรบกวนชีวิต เป็นการป้องกันโครงสร้างพื้นฐาน โดยการเสริมสร้างความแข็งแรงของแนวต่อต้าน มีเป้าหมายอยู่ที่การรักษาอาการที่ปรากฏ เพื่อจะคงไว้เพื่อความสมดุลของระบบ และการคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ ๒ ไม่สามารถที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวใหม่ / ปรับแต่งขึ้นใหม่ บุคคลจะถึงแก่ชีวิต
- (๓) การป้องกันระยะที่ ๓ เป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงภาวะปกติสุขในระดับสูงสุดของบุคคล โดยการสร้างเสริมความแข็งแรงของตัวแปรต่างๆ และคงไว้ซึ่งพลังงานของระบบ การป้องกันระยะที่ ๓ จะเริ่มเมื่อบุคคลมีการปรับแต่งขึ้นใหม่ (Reconstitution) ภายหลังจากการรักษาพยาบาล กล่าวคือ เมื่อระบบเริ่มเข้าสู่ภาวะสมดุล การปรับแต่งขึ้นใหม่ในระยะนี้ขึ้นอยู่กับการใช้แหล่งทรัพยากรของบุคคลในการป้องกันมิให้ปฏิบัติยาตอบ

ได้สิ่งรบกวนชีวิตดำเนินต่อไปได้อีก ทั้งนี้เป็นการปรับตัวต่อสิ่งรบกวนชีวิตโดยการใช้ปัจจัยต่างๆ และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่อย่างผสมผสานเพื่อภาวะสมดุลของระบบ หรือการดำรงภาวะปกติสุข ผลของการปรุงแต่งขึ้นใหม่ อาจทำให้บุคคลกลับสู่ภาวะสมดุล

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย Roy's adaptation model รอยได้ให้ความหมายของมนุษย์ว่า เป็นบุคคลเดี่ยว ครอบครัว กลุ่ม องค์กร และชุมชนเป็นระบบการปรับตัวแบบองค์รวม (Holistic adaptation system) ระบบของมนุษย์เป็นทั้งหมดใน หนึ่งเดียวแสดงถึงพฤติกรรมที่มีความหมายของมนุษย์ มีความสามารถในการคิด มีสติและมีความหมายซึ่งจะมีการพิจารณาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อที่จะทำการเปลี่ยนแปลงคน และสิ่งแวดล้อมจะมีรูปแบบและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ระบบการปรับตัวของบุคคลเป็นระบบเปิด ภายในมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา Roy, (๑๙๙๙) รอยมองว่า บุคคลประกอบด้วยกาย จิต และสังคม (Biopsychosocial being) มีความเป็นองค์รวม(Roy,๑๙๘๕)ไม่สามารถแยกจากกันได้เพื่อความปกติสุขหรือภาวะสุขภาพที่ดีนอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับระดับการปรับตัว (Adaptation level) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวของบุคคลอีกตัวหนึ่ง ระดับการปรับตัว ก็คือระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการตอบสนองทางบวกต่อสถานการณ์หนึ่ง หรือเป็นผลจากการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นเอง

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

ในปีค.ศ.๑๙๗๕ เพนเดอร์ (Pender) ได้พัฒนาแบบจำลองการป้องกันสุขภาพที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค จุดเน้นของบทบาทยาการพยาบาลตามแนวคิดของเพนเดอร์ในสมัยนั้นเน้นที่การป้องกันและคงไว้ซึ่งสุขภาพของสาธารณชน ต่อมา เพนเดอร์ ได้เห็นความจำกัดของมโนทัศน์การป้องกัน สุขภาพ คือ เป็นมโนทัศน์ทางสุขภาพเชิงลบเพราะพฤติกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการหลีกเลี่ยงแต่การยกระดับสุขภาพ หรือมีความเป็นอยู่ที่ดีนั้นบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นมโนทัศน์เชิงบวก เพนเดอร์จึงเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. ๑๙๘๒ และมีการปรับปรุงแบบจำลองเป็นระยะซึ่งแบบจำลองสุดท้ายได้ปรับปรุงในปีค.ศ.๒๐๐๖ (๑) ข้อตกลงเบื้องต้นของแบบจำลอง (๒) สารของทฤษฎี (๓). พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a Plan of Actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะกระทำพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่น รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความตั้งใจและกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ทบทวนวรรณกรรม

ฉบับที่ ๑ ปี ๒๕๖๐ การติดต่อของโรคฉี่หนู โรค คนสู่คนโดย Air-borne transmission คือการที่โรคแพร่กระจายไปกับฝอยละอองขนาดเล็กกว่า ๕ ไมครอน ซึ่ง ด้วยขนาดเล็ก ทำให้ฝอยละอองที่มีเขื่อนั้นกระจายไปได้ไกลในอากาศ โรคที่ติดต่อกันโดยวิธีนี้ได้แก่ วัณโรคของระบบทางเดินหายใจ

ฉบับที่ ๒ การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารทั้ง ๓ ชนิด คือ แป้ง โปรตีน และไขมัน เป็นผลจากความบกพร่อง หรือความผิดปกติของระดับฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ควบคุม

การเผาผลาญสารอาหารทั้ง ๓ชนิด ความบกพร่องหรือความผิดปกติของระดับอินซูลินอาจเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน คือ ตับอ่อนซึ่งเป็นแหล่งสร้างและหลั่งอินซูลินเสื่อมสมรรถภาพเนื่องจากโรคของอ่อนเองสถานะที่ทำให้ร่างกายต้องการอินซูลินเพิ่มมากกว่าปกติ เช่น ความอ้วน ร่างกายมีโรคอื่น ซึ่งหลังฮอร์โมนต้านฤทธิ์อินซูลิน เช่นยาจำพวกสเตียรอยด์ ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ ตับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพจากเชื้อไวรัส ภาวะทุโภชนาการการขาดสารอาหารโดยเฉพาะขาดโปรตีนทำให้ตับอ่อนหมดสมรรถภาพในการสร้างและหลั่งอินซูลิน

ฉบับที่ ๓ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน(ADA,๒๐๐๕)

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องใช้ยารักษาในระยะยาวนาน จำเป็นต้องรักษาระยะเวลายาวนาน ร่วมกับการให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่เกิดฉับพลันรุนแรง และลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาว จะมีต้นทุนทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อการรักษาโรคเบาหวานสูง สัดส่วนต้นทุนด้านยาลดระดับน้ำตาลสูงที่สุด(Oglesby, et al.,๒๐๐๖) ส่วนปัจจัยที่ทำให้ค่ารักษาพยาบาลลดลง คือ การมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นิลวรรณและศุภสิทธิ์,๒๕๔๖) และมีทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด

ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรวางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และบุคลากรอื่นๆ เช่น เภสัชกร พยาบาล โภชนาการ แผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง มีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบกิจกรรมของผู้ป่วย การรับประทานอาหาร สถานะทางสังคม ภาวะโรคร่วมของผู้ป่วย

ฉบับที่ ๔ หลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การประเมินควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย (assessment of glycemic control) โดยมีเป้าหมายในการรักษา (๑) HBA_{1c}<๗.๐๐% (๒) Preprandial plasma glucose ๙๐-๑๓๐ mg/dl (๕.๐-๗.๒ mmol/L) (๓) Postprandial plasma glucose <๑๘๐ mg/dl (๑๐.๐ mmol/L) (๔) Blood pressure <๑๓๐/๘๐ mmHg (๕) Lipids LDL <๑๐๐ mg/dl(<๒.๖mmol/L) Triglycerinds < ๑๕๐ mg/dl(<๑.๗mmol/L) HDL >๔๐ mg/dl(>๑.๑mmol/L) การปรับเปลี่ยนโภชนาการ (Medical nutrition therapy,MNT) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย Metabolic outcome เพื่อป้องกัน และรักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาวของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดี และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

การจัดการตนเองซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง เพื่อที่จะจัดการกับ ความเจ็บป่วยประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้จริง การเก็บรวบรวมข้อมูลและนำมาประมวล และประเมิน เพื่อหาแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหา การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติพฤติกรรม ใหม่ และการติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินผลเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด มีการควบคุมตนเองและตอบสนอง ต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รายบุคคล และการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยขบวนการ stage of change ๑) ระยะไม่สนใจ ๒) ระยะลังเล ๓) ระยะตัดสินใจและ เตรียมความพร้อม ๔)ระยะปฏิบัติ ๕) ระยะการคงอยู่ของพฤติกรรม ซึ่งการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยใช้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ๑) การค้นหาสภาพความจริง ๒) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ๓) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ๔) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและ ๕) ครอบครัวเกิดความเข้าใจในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม

๓.๓ ข้อเสนอ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานการพยาบาลดูแลผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคเบาหวานร่วม มีความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการรักษา และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ด้วยตนเอง

เป้าหมาย

เพื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ด้วยการ chest x-ray ทุกราย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคมีโรคเบาหวานร่วม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการลดลงเพื่อการป้องกันและยุติการแพร่ระบาดของวัณโรค ลดอัตราการปฏิบัติการวัณโรคลดลง ร้อยละ ๘๐ ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยวัณโรคลดลง

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ เป้าหมายและผลการดำเนินงานงานควบคุมป้องกันวัณโรค และเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

ขั้นตอนในการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ เตรียมรับนโยบาย ยุทธศาสตร์วัณโรคองค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable Development Goals) โดยมีกรอบระยะเวลา ๑๕ ปีที่จะบรรลุในปีพ.ศ.๒๕๗๓ (ค.ศ. ๒๐๓๐) ยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (the end TB strategy) ขององค์การอนามัยโลก ภายในปี พ.ศ.๒๕๗๘ (ค.ศ.๒๐๓๕) ปฏิบัติตามแผนการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรคพ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ (เพิ่มเติม พ.ศ.๒๕๖๕) การต่อต้านวัณโรคระยะที่๒ (พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐) เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศ เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ ๑ เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการที่โรงพยาบาลจำนวน ๓,๖๐๐ คน อำเภอสำโรง ด้วยการX-ray:CXR ปอดทุกราย

ขั้นตอนที่ ๒ เพิ่มการเข้าถึงการวินิจฉัยที่รวดเร็ว โดยเทคโนโลยีอณูชีววิทยา โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงตรวจเสมหะผู้ป่วยสงสัยและมีอาการผิดปกติ ตรวจเสมหะ AFB smear และ MOLECULAR

ขั้นตอนที่ ๓ ปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการ ตรวจพบผู้ป่วยวินิจฉัยวัณโรค รักษาตามมาตรฐานสูตรการรักษาและคัดกรองผู้ป่วยสัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจคัดกรองผู้ป่วยระยะแฝง ให้การรักษาผู้ป่วยระยะแฝงTPT ด้วยสูตรยา ๑HP, ๓HP พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมโยงการใช้ประโยชน์ หน่วยงานให้บริการ หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ หน่วยงานติดตามประเมินผล และหน่วยงานระดับนโยบาย ได้อย่างเป็นเอกภาพ

ขั้นตอนที่ ๔ เร่งรัดการดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ การคัดกรองผู้ป่วยเอดส์ตรวจเชื้อ HIV ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคการให้ยาป้องกันโรค การให้ยาป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะ

ขั้นตอนที่ ๕ ส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาระบบการป้องกัน การดูแล และควบคุมวัณโรค แผนวิจัยวัณโรคระดับชาติ(National tuberculosis research roadmap) ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม พัฒนารูปแบบการดำเนินงานวัณโรคอย่างเป็นระบบและสามารถประยุกต์ใช้ ขยายผล อ้างอิงในภาพรวมของเขตและประเทศ ตัวชี้วัดสำคัญของแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ การลดอัตราการตายของวัณโรค (Death rate) ลดลง โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น การให้การพยาบาลดูแลโรคเบาหวานผู้ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค ให้การรักษาผู้ป่วยสำเร็จตามแผน รักษาครบตามสูตรการรักษาได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องประเมินสุขภาพเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ ปฏิบัติงาน

ด้านการปฏิบัติการ การวางแผน การประสานงาน และปฏิบัติการร่วมกัน การให้การพยาบาลตามมาตรฐาน การพยาบาล โดยให้หลักข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ๕ ขั้นตอน วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์การประเมิน การประเมินผล และการวางแผนการพยาบาลต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังได้มีการวางแผนจำหน่าย และการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนในแต่ละขั้นตอนของแต่ละกิจกรรม

ขั้นตอนที่ ๖ เพิ่มมาตรการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วม เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือด HBA๑C สูงกว่าปกติ > ๗.๐% ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก็จะได้รับคำแนะนำ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดมากขึ้น ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีอัตราการความเสี่ยงสูงของระดับน้ำตาลขึ้น-ลงกว่าธรรมดา การเฝ้าระวัง ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยสม่ำเสมอก่อนรับยา กลับบ้าน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพิ่มมาตรการการเฝ้าระวังมากขึ้น และยังเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อไต ผลต่อตา เพิ่มมาตรการการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กัน จะทำให้ระดับน้ำตาลลดลงได้ ความเสี่ยงที่จะตามมาจากระดับน้ำตาลสูงในร่างกาย ไตเสื่อมลงได้ และตาผู้ป่วยจะเสื่อมลงได้เช่นกัน การให้ข้อมูลผู้ป่วย (๑)ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูง ควบคุมระดับน้ำตาล ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (๒) ให้ข้อมูล/สุขศึกษาผู้ป่วย รายบุคคล ให้เข้าใจถึงการควบคุมระดับน้ำตาล (๓) สอบถามปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล การรับประทานอาหาร และการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กันมาก-น้อย อย่างไร (๔) ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ความรู้ความเข้าใจ การใช้ยา การใช้เข็มฉีดยา เวลา อาหาร อาชีพ หรือว่า สุขภาพสภาพจิตใจ เศรษฐกิจ ครอบครัว(๕) สอนการฉีดอินซูลินด้วยตนเองอย่างถูกวิธี (๖)การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (๖.๑)ภาวะแทรกซ้อนทางตา หรือเบาหวานขึ้นตา ภาวะน้ำตาลสูงเรื้อรังส่งผลกระทบต่อประสาทตาทำให้เกิดจอประสาทตาเสื่อม หากปล่อยทิ้งไว้ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้จอประสาทตาลอก ตาบอดได้ในที่สุด และยังมีเสี่ยงต่อต่อกระจกได้มากกว่าคนปกติ (๖.๒) ภาวะแทรกซ้อนทางไต หรือที่เรียกว่าภาวะแทรกซ้อนลงไต ระยะแรกไตจะทำงานหนักขึ้น เนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้มีเลือดดันไปที่ไตสูงขึ้นไปด้วย หากตรวจการทำงานของไตในระยะนี้ จะไม่พบความผิดปกติ การตรวจปัสสาวะอาจมีหรือไม่มีโปรตีนขาวรั่วออกมากับปัสสาวะ ระยะถัดมาจะมีโปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะ และอาจมีการทำงานของไตลดลง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี การทำงานของไตจะลดลงเรื่อยๆ และอาจดำเนินไปถึงไตเรื้อรัง จนต้องล้างไตในที่สุด (๖.๓) ภาวะแทรกซ้อนทางเส้นประสาท พบบ่อยที่สุด มีอาการขา ตามปลายมือปลายเท้า เหมือนใส่ถุงมือถุงเท้าตลอดเวลา บางคนมีอาการเจ็บแปลบเหมือนโดนเข็มเล็กๆ ทิ่ม บางคนมีอาการแสบร้อนบริเวณปลายมือเท้า อาการทางระบบประสาท พบได้ไม่บ่อย เหงื่อออกง่ายหรือไม่ออก หัวใจเต้นผิดจังหวะ กลืนลำบาก หงุดหงิดง่าย จุกแน่นลิ้นปี่ ซึ่งเป็นอาการทางระบบประสาท ที่ควบคุมการบีบเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารผิดปกติ (๖.๔) เส้นเลือดแดงใหญ่อุดตัน มักเกิดขึ้นที่บริเวณขา อาการที่พบได้บ่อยคือ มีอาการปวดขาขณะเดินหรือวิ่ง และดีขึ้นเมื่อพักหรือนั่งห้อยขาเวลาที่ต่ำ ปลายเท้าเย็น หรือขนขาวร่วง หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดอุดตันจนปลายเท้าขาดเลือด ติดเชื้อ และอาจต้องตัดนิ้วเท้า และขาทิ้งในที่สุด (๖.๕) เส้นเลือดในหัวใจตีบ ภาวะนี้เป็นภาวะที่พบได้บ่อย ทำให้หัวใจกล้ามเนื้อขาดเลือด หรือหากตีบรุนแรงอาจทำให้หัวใจตาย ส่งผลให้การบีบตัวลดลง ทำให้หัวใจวาย ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ และเสียชีวิตฉับพลันได้ (๖.๖) เส้นเลือดสมองตีบ เป็นภาวะที่แทรกซ้อนรุนแรงเช่นกัน เมื่อเกิดภาวะเส้นเลือดสมองตีบ ทำให้การทำงานของสมองและเส้นประสาทบริเวณที่ขาดเลือดลดลง หรือไม่ทำงาน ส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ปากเปรี๊ยะ พูดไม่ชัด หรือมีอาการชาครึ่งซีก (๖.๗) การติดเชื้อในร่างกาย เช่นโรควัณโรค เกิดจากภูมิคุ้มกันร่างกายผู้ป่วยลดต่ำลง ผู้ป่วยสูญหายใจ อากาศที่มีเชื้อของวัณโรค ทำให้พยาธิสภาพที่ปอด เมื่อเชื้อโรคเพิ่มจำนวนมากขึ้น สามารถตรวจเสมหะพบเชื้อ bacteria tuberculosis ได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยมี

อาการ ไข้ ไอ เหนื่อยหอบ และจะเสียชีวิตเร็วกว่าคนปกติ หรือหากได้ตรวจการรักษาอาจพบเชื้อวัณโรคคือยา ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนรับการครบสูตรยา (๗) เทคนิควิธีที่ผิด ความลึก ตำแหน่งที่ผิด รวมทั้งปริมาณที่ผิด มีผล ต่อระดับยาในเลือด ทำให้การควบคุมเบาหวานในแต่ละวันแปรเปลี่ยนไป ผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่เคยฉีดอินซูลิน มาก่อน มักมีความกลัวการฉีด กระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความมั่นใจและกล้าที่จะฉีดยาด้วยตนเอง การให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งแสดงความเห็นอกเห็นใจ และวิธีการสอนที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจะทำให้การ สอนนั้นประสบผลสำเร็จ ควรเป็นการสอนแบบสาธิต โดยใช้อุปกรณ์จริง แสดงให้ผู้ป่วยเห็นทุกขั้นตอน และ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม สิ่งสำคัญที่สุดคือผู้ป่วยต้องฉีดยาด้วยตนเอง และฉีดยาเองให้ถูกต้องก่อนจะกลับบ้านไป จึงจะ ถือว่าการสอนนั้นประสบผลสำเร็จ (๒) ให้ความรู้คุณสมบัติของยาอินซูลิน การเก็บรักษาอินซูลินให้มีคุณภาพดี ตลอดเวลา ควรเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ ๔-๘ องศาเซลเซียส โดยวางชั้นต่างๆ ในตู้เย็น ยกเว้น ช่องทำแข็ง และบริเวณใกล้ดวงไฟให้ความสว่างในตู้เย็น ห้ามแช่แข็ง อินซูลินที่เปิดฝาแล้วสำหรับใช้ฉีดทุกวัน ถ้าเก็บไว้ ที่อุณหภูมิห้อง (๓๐ องศาเซลเซียส) จะอยู่ได้นาน ๑ เดือน เมื่อต้องการเดินทางไกล ไม่จำเป็นต้องแช่ขวด อินซูลินในกระติกน้ำแข็ง เพียงระวังไม่ให้ถูกแสงแดด หรือความร้อนอบอ้าว เมื่อถึงที่พักควรเก็บไว้ในตู้เย็นทันที ก่อนใช้ควรตรวจสอบป้ายแสดง วัน เวลา ยาหมดอายุข้างขวด ควรจดไว้ต่างหาก เนื่องจากสลากรยาอาจ หลุดลอกไปได้ง่าย การจัดเตรียมยาฉีดได้ถูกต้องตามขั้นตอน ชนิดของอินซูลินออกฤทธิ์เร็วและระยะสั้น (น้ำใส) อินซูลินออกฤทธิ์ระยะปานกลาง, อินซูลินออกฤทธิ์ระยะนาน, อินซูลินออกฤทธิ์ผสมสำเร็จรูป (น้ำขุ่น) วิธี เตรียมยาฉีด อินซูลินชนิดน้ำใส ไม่ต้องคลึงขวดให้น้ำยาคืนรูปก่อนที่จะดูดยา อินซูลิน ชนิดน้ำขุ่น ต้องคลึง ขวดให้น้ำยาคืนรูปก่อนดูดยา นำขวดอินซูลินวางบนฝ่ามือแล้วคลึงไปมาเบาๆ ห้ามเขย่าขวด จะทำให้เกิด ฟองอากาศ (๓) ตำแหน่งที่ฉีดยาที่เหมาะสม อินซูลินดูดซึมได้ดีที่สุดคือ บริเวณหน้าท้อง รองลงมาคือหน้าขา ส่วนบน และแขนตามลำดับ บริเวณหน้าท้องเป็นตำแหน่งที่แนะนำให้ฉีดมากที่สุด เนื่องจากมีไขมันอยู่มาก มี การดูดซึมยาได้ดี ค่อนข้างสม่ำเสมอ สามารถหมุนเวียนได้หลายๆ ตำแหน่ง แม้ผู้ป่วยจะใช้ปริมาณยาเท่ากัน ทุกวันแต่การดูดซึมของยาจะแตกต่างกัน (๔) ทำจับหลอดฉีดยาและทำการฉีดได้ถูกต้อง สาธิตวิธีจับหลอดฉีดยา และวิธีฉีดยาที่นุ่มนวลจะช่วยให้การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ โดยดึงผิวหนังบริเวณที่จะฉีดยาหรือแยกผิวหนังให้ ตึง ใช้มือที่ถนัดจับหลอดฉีดยาให้คล้ายจับดินสอให้นิ้วชี้และที่ปลายแกนหลอดฉีดยา วางแขนแนบตัว วางข้อ มือแนบหน้าท้องบริเวณที่ฉีด แล้วปักเข็มตรงๆ ตั้งฉากแล้วผลักน้ำยาเข้าสู่ชั้นใต้ผิวหนัง (๕) หลอดฉีดยา สามารถใช้ครั้งเดียวหรือหลายครั้งก็ได้ขึ้นอยู่กับความพอใจของผู้ป่วย ภายหลังฉีดควรสวมฝาครอบหัวเข็มทันที เมื่อฉีดยาเสร็จ ไม่ควรใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ทำความสะอาดหัวเข็มซึ่งมีเชื้อโรคติดไว้จะทำให้สารหลุด ลอกได้ ทำให้ฉีดยาครั้งต่อไปรู้สึกเจ็บหรือมีเลือดออกได้ การให้หลอดฉีดยาซ้ำหลายครั้งถ้าทำความสะอาด ถูกต้อง ตามหลักวิธีจะเกิดการติดเชื้อน้อยมาก (๖) หลอดฉีดยาและหัวเข็มเป็นของมีคม ห้ามใช้ร่วมกับผู้อื่น ทั้งหลอดฉีดยาพร้อมหัวเข็มในภาชนะโลหะที่มีฝาปิด เพื่อป้องกันการแทงหรือตำผู้อื่น (๗) กำหนดเวลาฉีดยา อินซูลินให้สัมพันธ์กับมื้ออาหาร ควรฉีดยาก่อนมื้ออาหารประมาณ ๓๐-๕๐ นาที เพื่อให้การออกฤทธิ์ ของอินซูลินที่เหมาะสมกับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นภายหลังการรับประทานอาหาร ควรมื้ออาหารมีว่าง เพื่อป้องกันระดับน้ำตาลต่ำ ภาวะผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาอินซูลิน อาการมัก เกิดในช่วงที่อินซูลินในเลือดที่ลดลงอย่างรวดเร็ว จะทำให้สมองขาดกลูโคส เกิดอาการมึนงง เวียนศีรษะหน้ามืด ตาลาย ใจสั่น หรือหมดสติอันเป็นภาวะน้ำตาลต่ำ การแก้ไข และการป้องกัน ควรดื่มน้ำหวานหรืออมลูก ออมทอฟฟี่ หรือน้ำตาลก้อนสำหรับใส่กาแฟทันที อาการควรดีขึ้นภายใน ๕ นาที ถ้ายังมีอาการอยู่อีก ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วถ้ายังต่ำควรดื่มน้ำหวาน

ขั้นตอนที่ ๗ วิเคราะห์ข้อมูล

๑. การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ป่วยเป็นวัณโรค รักษาหาย ไม่ มีภาวะแทรกซ้อน ทางตา ไต

๒. ผู้ป่วยเข้าใจให้ความสำคัญการควบคุมระดับน้ำตาลสูง อยู่ในระดับปกติ

๓. ผู้ป่วยที่มาคัดกรองวัณโรคที่มีระดับน้ำตาลสูง ระดับ ๗ ขึ้นไป เพื่อสามารถให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยเบาหวาน เกี่ยวกับการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน การป้องกันความเสี่ยงอันตรายจากระดับน้ำตาล ที่สูงๆ โดยเฉพาะ ไต และ ตา

ขั้นตอนที่ ๘ ติดตามการประเมินผลการดำเนินงาน

๑. ประเมินผลการรักษาวัณโรค การรักษาหาย

๒. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมีความสามารถดูแลระดับน้ำตาลในเลือดได้ด้วยตัวเอง ความเสี่ยงต่ออวัยวะของผู้ป่วยต่อตา และไตลดลง

๓. ประเมินผลความเข้าใจ โดยใช้หลัก self Management program (๕A) เพื่อนำมาประเมินภาวะ สุขภาพผู้ป่วย เพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง มีการวางแผนการดูแลจัดการดูแลตนเอง สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Stage of Change) และการประเมินผลสม่ำเสมอ (Regular Monitoring Review)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรค เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และภายใต้การปฏิบัติ ตัวแบบ new normal อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการคัดกรองวัณโรคด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest x-ray) ในทุกกลุ่มเสี่ยง การส่งตรวจเสมหะด้วยวิธีอณูชีววิทยา เพื่อคัดกรองวัณโรค sensitivity ๙๒%

การควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูง การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ทำได้ยาก ค่อนข้างยาก เนื่องจากปัจจัยหลายอย่าง การดำรงชีวิตในชีวิตประจำวัน อาชีพ การงาน ความเร่งรีบต่อการ เลี้ยงชีพในแต่ละวัน อาหารที่มีแป้ง ไขมัน ความกรอบอร่อยของอาหาร และการออกกำลังกาย ้วย และ สังหารผู้ป่วย ความใส่ใจกับสุขภาพตัวเอง ทำให้มีผลกระทบต่อ การควบคุมอาหาร และรวมถึงการรับประทาน ยาไม่ถูกวิธี ดังนั้นวิธีที่จะควบคุมอาการของโรคเบาหวาน ให้ได้ผลดี มีแนวทางแก้ไขและให้คำแนะนำผู้ป่วย โรคเบาหวานดังนี้ (๑) รับประทานข้าวหรือแป้งที่มีกากใยสูง อย่างข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ ปริมาณ ๑ กำมือ ต่อมือ (๒) ทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย ไม่ติดมันและหนัง เช่น เนื้อปลา ไข่ขาว เต้าหู้ ๑ อังมือ (๓) ในแต่ละมือ ควรรับประทานผักต้มสุก ประมาณ ๒ อังมือ โดยเน้นผักใบเขียว (๔) หลีกเลี่ยงข้าวโพด เผือก มัน ฟักทอง เนื่องจากให้แป้งสูง (๕) สามารถรับประทานผลไม้ได้ทุกวัน โดยทานวันละ ๒-๓ กำมือ โดยไม่จิ้มพริกเกลือ (๖) หลีกเลี่ยงผลไม้แปรรูปทุกชนิด (๗) ดื่มนมรสจืดพร่องมันเนยหรือขาดมันเนย ๑-๒ แก้วต่อวัน หากเป็นนมถั่ว เหลืองหรือ น้ำเต้าหู้ ควรเลือกชนิดหวานน้อย ๑ แก้วต่อวัน (๘) หลีกเลี่ยงขนมหวาน ชา และกาแฟ (๙) ออก กกำลังกายสม่ำเสมอ (๑๐) ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (๑๑) ควรใช้ยาตามคำสั่งแพทย์เพื่อลดความ รุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ (๑๒) ป้องกันและ- ลดการติดเชื้อโรคติดต่อโรควัณโรคในร่างกาย การตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานทุกราย ได้รับการส่งตรวจ ภาพถ่ายเอกซเรย์ก่อนพบแพทย์และรับการรักษา

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ การค้นหาผู้ป่วยพบผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษ ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง chest X-ray ทุกราย อย่างน้อยร้อยละ ๙๐

๔.๒ ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานร่วม ได้รับการดูแลตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา

๔.๓ ผู้ป่วยตรวจคัดกรองวัณโรค x-ray ผลผิดปกติ ได้รับการตรวจเสมหะยืนยัน ด้วยวิธีอนุชีววิทยา (Molecular testing) และทดสอบความไวต่อยา

๔.๓ ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลควบคุมได้ ระดับค่าHBA๑C ลดลง <๗ ได้รับการให้คำแนะนำ/ได้รับข้อมูลการควบคุมระดับน้ำตาล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นรายบุคคล และได้รับคำแนะนำการควบคุมการป้องกัน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง ด้วยการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเอง เทคนิคการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้อง

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วมอัตราการรักษาหาย ร้อยละ ๙๐
๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วมอัตราตาย น้อยกว่า ร้อยละ ๕
๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคเบาหวานร่วมอัตราการตรวจเสมหะ ร้อยละ ๙๐
๔. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรอง อัตราการคัดกรองค้นหาวัณโรค ร้อยละ ๙๐
๕. ผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลลดลงใกล้เคียงปกติ มีผลการตรวจ HBA๑C<๗.๐% ลดลง

(ลงชื่อ)..... 

(นางบุญฮู้ เวชกามา)

(ตำแหน่ง)พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) / - ๙ ม.ค. ๒๕๖๓ /

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
กรณีศึกษา

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรค

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หรือเรียกว่าโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือด อุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดอาการต่างๆขึ้น

ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ ดังนี้คือ

๑. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า ๘๐% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่ แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก ๒ ชนิดย่อย ได้แก่

- โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้

- โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ

๒. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือ ฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง พบได้น้อยกว่าชนิดแรก คือประมาณ ๒๐% สามารถแบ่งได้อีก ๒ ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

- โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

- โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous Malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงมีหลายสาเหตุ โดยอาจแบ่งออกเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้คือ

๑. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

- อายุ : ในผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีเนื่องจากอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีการแข็งตัวมากขึ้น และมีไขมันเกาะหนาตัวทำให้เลือดไหลผ่านได้ลำบากมากขึ้น

- เพศ : เพศชาย มีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง

- ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในขณะที่มีอายุน้อย

๒. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยมากสามารถปรับเปลี่ยนได้ไม่ว่าจะด้วยการปรับเปลี่ยนทางพฤติกรรม หรือการใช้ยา ได้แก่

- ความดันโลหิตสูง

- เบาหวาน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ต่อ)

- ไขมันในเลือดสูง
- การสูบบุหรี่
- โรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือโรคลิ้นหัวใจต่างๆ

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่

- อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น
- อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง
- มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด - มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่นเดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน
- การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน

อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้ว หายไปเองหรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร เรียกว่าภาวะมีสมองขาดเลือดชั่วคราว (transient ischemic attack) ซึ่งพบได้ประมาณ ๑๕%

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมอง มีขั้นตอนดังนี้

๑. การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท
๒. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจเลือดต่างๆ
๓. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด

ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดสามารถให้การรักษาได้โดยความรวดเร็วในการรักษาถือเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เพราะยิ่งปล่อยไว้จะทำให้สมองเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา ๓-๔.๕ ชั่วโมงยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่

- ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น ยิ่งได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น
- ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ยาแอสไพรินใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว
- ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเพื่อป้องกันการเกิดการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว

หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาการของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นตามลำดับ และอาจกลับมาเป็นปกติได้ ภายใน ๖ เดือน แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหวเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนี้

- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง
- ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคภัยร้ายแรงต่าง ๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้
- ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ ๒.๕ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค
- งดสูบบุหรี่ นอกจากนี้ควรรับการตรวจรักษาต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยการใช้ ยาร่วมกัน ได้แก่
- การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก ๖-๑๒ เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามอาการ
- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท
- ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร และการใช้ชีวิต นอกจากนี้ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการได้และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง
- กรณีเป็นโรคหัวใจ ควรได้รับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยกรณีเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว

๓.๒ การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับโรค

แบ่งเป็น ๓ ระยะ ๑. ระยะวิกฤตฉุกเฉิน ๒. ระยะส่งต่อ และ ๓. ระยะจำหน่ายกลับบ้าน โดยใช้กระบวนการพยาบาลดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ การ Triage ผู้ป่วยที่ ER โดยใช้ MOPH triage

๓.๒.๒ แนวคิดเกี่ยวกับแบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤต FANCAS โดย Dr.June C. Abbey (Holloway, ๑๙๗๙) ประกอบด้วย ๖ ด้าน ที่กล่าวถึงการประเมิน Assessment Frame เพราะเป็นกระบวนการประเมินผู้ป่วยระยะเร่งด่วนและเร็วที่สุด ตามลำดับ ดังนี้

๑. Pre arrival เป็นการประเมิน ภาพรวมของผู้ป่วยมองเห็น ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การประเมินในระยะนี้มีความสำคัญมากเพื่อ เตรียมอุปกรณ์ที่จะให้การพยาบาลกับความ ต้องการ ของผู้ป่วยแต่ละคน

๒. Admission Quick Check ประเมินเร่งด่วนเพื่อดูหน้าที่ของการหายใจและหัวใจว่า มีการหายใจและการกำซาบออกซิเจนเข้าสู่อวัยวะที่สำคัญของร่างกาย -ประเมินABCD

๓. Comprehensive Admission Assessment เป็นการประเมินเชิงลึกถึงประวัติการ รักษาในอดีต ประวัติทางสังคม และการตรวจร่างกาย ทุกระบบ ทำให้สามารถให้การพยาบาลได้สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยได้ทันที

๔. Ongoing Assessment เป็นการประเมินต่อเนื่องตามความ ต้องการที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเฉพาะตัวของผู้ป่วย การรักษาและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

กรอบแนวคิด FANCAS concept, Monitoring Assessment ทั้ง ๖ ด้าน

F = Fluid & Electrolyte ประเมินความเพียงพอของการได้รับสารน้ำและลักษณะทางคลินิกที่บอกความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

A = Aeration ประเมินการหายใจ การทำงานของหัวใจ ออกซิเจนในร่างกาย

N = Nutrition ประเมินความเพียงพอของสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับ

C = Communication ประเมินความสามารถในการสื่อสาร ความต้องการสื่อสาร

A = Activity ประเมินการทำกิจกรรม การเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

S = Stimulation ประเมินการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเช่น แสง เสียง ความเจ็บปวด

๓.๒.๓ การประเมินภาวะสุขภาพโดยแบบแผนสุขภาพของ Marjorie Gordon (๑๙๙๔) ประกอบด้วย

๑) แผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

๒) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

๓) แบบแผนการขับถ่าย

๔) แบบแผนการทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย

๕) แบบแผนการนอนหลับ

๖) แบบแผนสติปัญญาการรับรู้

๗) แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตโมทัศน์

๘) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ

๙) แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธ์

๑๐) แบบแผนการปรับตัวและเผชิญความเครียด

๑๑) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

๓.๒.๔ การวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-method

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการลำดับต้นๆของประเทศไทย เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันโดยผู้ป่วยจะมีอาการแขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยวหน้าเบี้ยว หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ขึ้นมากะทันหัน ทั้งที่ก่อนหน้านี้อาการก็ยังคงดีอยู่ ในอดีตโรคนี้นั้นมักเกิดในผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันกลับพบในคนอายุน้อยและคนในวัยทำงานเพิ่มขึ้นแล้วก่อให้เกิดความพิการขึ้นกับผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้จัดทำได้เล็งเห็นความสำคัญของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องการที่จะเป็นกระบอกเสียงและหากใครพบว่ามีอาการดังกล่าวให้รีบมาที่โรงพยาบาลเพื่อจะได้รับการรักษาอย่างทันเวลาเพื่อช่วยลดความพิการที่จะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย

โรงพยาบาลสำโรง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๓๐ เตียง (F๒) ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง การส่งต่อกรณีเกินศักยภาพ ส่งไปยังNode (โรงพยาบาลวาริน) และโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ สลิตีในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ มีจำนวน ๙๙ ราย ๑๒๑รายและ ๑๒๘รายตามลำดับ พบว่าเป็นFast track ร้อยละ๒๙ ร้อยละ๓๐ และ ร้อยละ๒๓ นอกจากการเข้าถึงบริการ อภิขยาของพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากคือการประเมิน ชักประวัติ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยของแพทย์ และสามารถให้การรักษาที่

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ (ต่อ)

ถูกต้องรวดเร็ว ส่งต่อได้ทันเวลา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ทันเวลา ช่วยลดความพิการที่จะเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย รวมทั้งการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังกลับบ้านการกินยาและรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๔.๓ เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ลดโอกาสเกิดความพิการ บรรเทาอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน และคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ

๔.๔ ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสำโรง โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Triage) ตัดสินใจให้การพยาบาล ใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจคุกคามถึงชีวิต รวมถึงการดูแลระหว่างส่งต่อ การติดตามต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์การพยาบาล

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึง ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง ๓๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๔.๕ ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสำโรง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

๔.๕.๑ เลือกศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉินจำนวน ๒ ราย เนื่องจากเป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ มีขั้นตอนการดำเนินโรค การรักษาในกลุ่มเดียวกัน แต่การรักษามีความแตกต่างกัน

๔.๕.๒ ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย

๔.๕.๓ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลัน การพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ

๔.๕.๔ ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้ ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาล แก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

๔.๕.๕ วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๕.๖ สรุปผลการศึกษา

๔.๕.๗ เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

๔.๕.๘ เผยแพร่ผลงาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๖ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว เกิดความพิการน้อยลง บรรเทาอาการรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้

๔.๗ สาระสำคัญ

กรณีศึกษาครั้งที่ ๑ ชายไทยอายุ ๖๘ ปี สถานภาพหม้าย อาชีพรับจ้าง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก ๕๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๘ เซนติเมตร BMI = ๒๐.๗ kg/m^๒ ให้ประวัติ ๒๐ นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะยกกระสอบข้าวมีแขนขาอ่อนแรงซีกขวา จากนั้นล้มลงที่พื้น ไม่สลบ ไม่พูด มีแผลถลอกที่ขาซ้าย คัดกรองBEFAST เข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสำโรง วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๒๑ น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว สัมผัสได้เอง ไม่พูด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale = ๑๑ ค ๕ แนน น (E๔V๑M๖) pupil ๒ mm reaction to light BE ไม่มี Facial Palsy ,Aphasia ,Motor power ข้างขวา แขน ๒ ขา ๐ ข้างซ้าย แขน ๕ ขา ๕ อุนทภูมिर่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท (ปกติ) ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % (RA) DTX=๑๒๔ mg% EKG: NSR rate ๖๒ regular ประเมินผู้ป่วยTriage ระดับ ๓ ซักประวัติเบื้องต้นเข้าเกณฑ์ Fast Track รายงานแพทย์เวร แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกายให้การวินิจฉัย STROKE ให้นำส่งระบบ Fast Track มีแผนการรักษา on ๐.๙ % NaCl ๑๐๐๐ ml iv drip ๘๐ cc/hr เจาะLab: CBC,BUN,Creatinine,Electrolyte,FBS

PTPTT,INR,Lipidprofile,LFT,VDRL,TPHA CXR,EKG แพทย์แจ้งญาติเกี่ยวกับอาการของโรค และการนำส่งผู้ป่วย แพทย์เวรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พยาบาลหัวหน้าเวรส่งอาการผู้ป่วยไปยังรพ.ปลายทาง เตรียมทีมส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเวลา ๑๐.๐๐ น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อความดันโลหิต ๑๕๐/ ๘๐ มิลลิเมตรปรอทชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที O๒ Sat ๑๐๐% ขณะนำส่งให้ การปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง นำส่งต่อโดยพยาบาล มีอุปกรณ์ ยาช่วยชีวิตตลอดเวลาสัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ - ๑๔๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๖๖ - ๖๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาที O๒Sat ๑๐๐% ไม่มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ CT brain NC: no Hypo ,Hyper density lesion seen โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์วินิจฉัย เป็น Acute Ischemic Stroke การรักษา ON rtPA ๔.๔๑mg iv bolus in ๑ min then ๓๙.๖๙ mg +NSS ๑๐๐ ML iv drip in ๑ hr CT brain หลังได้ rtPA ๒๔ hr หลังกลับมาจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์admitต่อที่โรงพยาบาลสำโรง เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อต่อและทำกายภาพบำบัด และส่งต่อดูแลเป็นผู้ป่วย IMC ออกเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสำโรงที่บ้านต่อเป็นเวลา ๓ เดือน และผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้โดยการประเมินADL ได้ ๑๘/๒๐ คะแนน Discharge ผู้ป่วยจากระบบ IMC

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒ หญิงไทยอายุ ๕๑ ปี สถานภาพคู่ อาชีพรับจ้าง เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี น้ำหนัก ๖๙ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๘ เซนติเมตร BMI = ๒๗.๖๔ kg/m^๒ ให้ประวัติ ๔๕ นาทีก่อนมา อ่อนแรงซีกขวา ปากเบี้ยวลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด HX. มีประวัติเดิม เป็นStroke ๖/๖/๒๕๖๖ ได้รับยา rt-PA ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ คัดกรองBEFAST เข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสำโรง วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๔๖ น. ผู้ป่วยแรกรับรู้สึกตัว สัมผัสได้เอง พูดไม่ชัด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale = ๑๕ คะแนน (E๔V๕M๖)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

pupil ๒ mm reaction to light BE Rt Facial Palsy ,Dysarthria ,Motor power ข้างขวา แขน ๑ ขา ๑ ข้างซ้าย แขน ๕ ขา ๕ ออสมุขมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาทีที่หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท BMI ๒๘ kg/ m^๒ ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % (RA) DTX ๑๕๒ mg% ,EKG NSR rate ๗๖ regular ประเมินผู้ป่วยTriage ระดับ ๓ ชักประวัติเบื้องต้นเข้าเกณฑ์ Fast Tract รายงานแพทย์เวร แพทย์ซักประวัติ ตรวจร่างกายให้การวินิจฉัย Recurrent STROKE ให้นำส่งเขาระบบ Fast Track มีแผนการรักษา on ๐.๙ % Nacl ๑๐๐๐ ml iv drip ๘๐ cc/hr เจาะ Lab:CBC,BUN,Creatinine,Electrolyte,FBS PTPPTT,INR,Lipidprofile,LFT,VDRL,TPHA CXR,EKG แพทย์แจ้งญาติเกี่ยวกับอาการของโรค และการนำส่งผู้ป่วย แพทย์เวรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พยาบาลหัวหน้าเวรส่งอาการผู้ป่วยไปยังรพ.ปลายทาง เตรียมทีมส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเวลา ๐๙.๓๐ น. สัญญาณชีพก่อนการส่งต่อความดันโลหิต ๑๓๐/ ๘๐ มิลลิเมตรปรอทชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที O₂ Sat ๑๐๐% ขณะนำส่งให้ การปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อเรื่อง นำส่งต่อโดยพยาบาล มีอุปกรณ์ ยา ช่วยชีวิตตลอดเวลาสัญญาณชีพระหว่างการส่งต่อ ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ - ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร ๗๖ - ๘๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๑๘ - ๒๐ ครั้ง/นาที O₂Sat ๑๐๐% ไม่มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ CT brain NC: Lt.M๑ lesion MCA occlusion วินิจฉัยเป็น Lt M๑ MCA Occlusion S/P mechanical thrombectomy การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เนื่องจากมีข้อห้ามในการให้ rt-PA Consult Neuro Sx พิจารณาทำmechanical thrombectomy หลังกลับมาจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ส่งต่อดูแลเป็นผู้ป่วย IMC ออกเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมนักกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสำโรงที่บ้านต่อเป็นเวลา ๓ เดือน และผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้โดยการประเมินADL ได้ ๑๔/๒๐ คะแนน มาทำกายภาพสมำเสมอ มีบุตรสาวดูแล

การประเมินและรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	๖๘	๕๑
สถานภาพ	หม้าย	คู่
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ ๔	ประถมศึกษาปีที่ ๔
อาชีพ	รับจ้าง	รับจ้าง
สิทธิการรักษา	ผู้สูงอายุ	บัตรทอง ๓๐ บาท
ผู้ดูแล	บุตรชาย	บุตรสาว
วันที่เข้ารับการรักษา	๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๕	๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖
การวินิจฉัยโรคแรก	Stroke	Recurrent stroke
การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย	Acute Ischemic Stroke	Lt M๑ MCA Occlusion S/P mechanical thrombectomy

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
อาการสำคัญ: (Chief complaint)	-อ่อนแรงซีกขวาก่อนมา โรงพยาบาล 20 นาที	-อ่อนแรงซีกขวา พูดไม่ชัด ก่อนมา โรงพยาบาล 45 นาที
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: (Present illness)	-20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะ ยกกระสอบข้าวมีแขนขาอ่อนแรง ซีกขวา จากนั้นล้มลงที่พื้น ไม่สลับ ไม่พูด มีแผลถลอกที่ขาซ้าย	-45 นาทีก่อนมา อ่อนแรงซีกขวา ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: (Past medical history)	-ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยแพ้ยา หรือสารอาหารใด ปฏิเสธการผ่าตัด สูบบุหรี่วันละ 3- 4 มวน สูบมา 30 ปี	-HX. Stroke 6/6/2566 ได้รับยา rt-PA ที่รพ.สรรพสิทธิประสงค์ ไม่เคยแพ้ยา หรือสารอาหารใด ปฏิเสธการผ่าตัด
ประวัติครอบครัว (Family history)	-ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพ แข็งแรง ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วย โรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ หรือโรค ทางพันธุกรรม	-ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพ แข็งแรง ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วย โรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ หรือโรค ทางพันธุกรรม
ประวัติส่วนตัวและจิตสังคม (Psychosocial history)	-ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรชาย ภรรยาเสียชีวิตแล้ว ครอบครัวรัก ใคร่กันดี สภาพแวดล้อม เป็นบ้าน ปูนชั้นเดียว รอบ ๆ บ้านเป็นไร่นา มีน้ำขัง มีห้องน้ำอยู่ในบ้าน มี ไฟฟ้าใช้ ใช้น้ำบ่อ รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ อุปนิสัยเรียบร้อย มีเพื่อนเยอะ	-ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามีและ บุตรสาว สภาพแวดล้อม เป็นบ้าน ไม้สองชั้น รอบ ๆ อยู่ติดกับเพื่อน บ้าน มีห้องน้ำอยู่ในบ้าน มีไฟฟ้า ใช้ ใช้น้ำบ่อ รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ อุปนิสัยเรียบร้อย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย(ต่อ)

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ ของผู้ป่วย	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๒
อาการแรกรับ โรงพยาบาลสำโรง	-ผู้ป่วยแรกรับรู้สีกตัว ลืมตาได้เอง ไม่พูด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale = ๑๑ ค ๖ แ น น (E๔V๑Mb) pupil ๒ mm reaction to light BE ไม่มี Facial Palsy ,Aphasia ,Motor power ข้างขวา แขน๒ ขา๑ ข้าง ซ้าย แขน ขา๕ ออณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาทีหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท BMI ๒๐.๗ (ปกติ) ความอ้วนตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % (RA) DTX=๑๒๔ mg% EKG NSR rate ๖๒ regularได้รับ การวินิจฉัยเบื้องต้น Stroke fast track ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์	-ผู้ป่วยแรกรับรู้สีกตัว ลืมตาได้เอง พูดไม่ชัด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale = ๑๕ ค ๖ แ น น (E๔V๕Mb) pupil ๒ mm reaction to light BE Rt Facial Palsy ,Dysarthria ,Motor power ข้างขวา แขน ขา ๑ข้างซ้าย แขน ขา๕ ออณหภูมิ ร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพ จร ๗๘ ครั้ง/นาทีหายใจ ๒๐ ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท BMI ๒๘ (อ้วน) ความอ้วนตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % (RA) DTX=๑๕๒ mg% EKG NSR rate ๗๖ regular ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น Recurrent stroke ส่งต่อ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	Lab: CBC,BUN,Creatinine, Electrolyte,FBS,PT PTT,INR,Lipidprofile,LFT, VDRL,TPHA CXR,EKG CT brain NC: no Hypo ,Hyper density lesion seenวินิจฉัยเป็น Acute Ischemic Stroke ได้รับ ยารt-PA	Lab: CBC,BUN,Creatinine, Electrolyte,FBS,PT PTT,INR,Lipidprofile,LFT, VDRL,TPHA CXR,EKG CT brain NC:Lt.M๑ lesion MCA occlusion มีข้อห้ามในการ ให้rt-PA Consult Neuro Sx พิจารณาทำmechanical thrombectomy

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ตารางที่ ๓ การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๒	การวิเคราะห์
๑. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก	ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๖๘ปี สูบบุหรี่วันละ ๓-๔ มวน สูบบุหรี่มา ๓๐ ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๕๑ปี HX. Stroke ๖/๖/๒๕๖๖ ที่รพ.สรรพ สิทธิ์ประสงค์ BMI ๒๘ (อ้วน)	เพศชายมากกว่าหญิง -การสูบบุหรี่ ในรายที่ ๑ -BMIเกิน และ Recurrent stroke ในรายที่๒
๒. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	-ผู้ป่วยแรกรับรู้สีกตัว ลืมตาได้เอง ไม่พูด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale = ๑๑ คะแนน (E๔V๑M๖) pupil ๒ mm reaction to light BE ไม่มี Facial Palsy ,Aphasia ,Motor power ข้างขวา แขน๒ ขา ๐ ข้างซ้าย แขน ๕ ขา ๕ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๔ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๕๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท BMI ๒๐.๗ (ปกติ)ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % (RA) DTX=๑๒๔ mg% EKG NSR rate ๖๒ regular ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น Stroke fast track ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์	-ผู้ป่วยแรกรับรู้สีกตัว ลืมตาได้เอง พูดไม่ชัด ทำตามคำบอกได้ Glasgow coma scale = ๑๕ คะแนน (E๔V๕M๖) pupil ๒ mm reaction to light BE Rt Facial Palsy ,Dysarthria ,Motor power ข้างขวา แขน ๑ ขา ๑ ข้างซ้าย แขน ๕ ขา ๕ อุณหภูมิร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๘๐ มิลลิเมตรปรอท BMI ๒๘ (อ้วน) ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ๑๐๐ % (RA) DTX=๑๕๒ mg% EKG NSR rate ๗๖ regular ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้น Recurrent stroke ส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์	-ทั้ง ๒ รายมาด้วยอาการอ่อนแรงซัดเจน และจากการซักประวัติ การประเมินตรวจร่างกายมาทันเวลา ๔.๕ ชั่วโมง -รายที่๒ เคยHX stroke ๖/๖/๖๖ ได้รับยา rt-PA

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ตารางที่ ๓ การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๒	การวิเคราะห์
๓. การรักษา	<p>กิจกรรมการพยาบาล แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสำโรง</p> <p>๑.ซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย ประเมินอาการ แรกรับ โดยใช้BEFAST ภายใน ๓ นาที</p> <p>๒.ประเมินระดับความ รู้สึกตัวและระบบ ประสาทโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS)</p> <p>๓.รายงานแพทย์เวร รับทราบและให้การ พยาบาลผู้ป่วยตาม แนวทาง</p> <p>IVF :๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml. IV drip ๘๐ml./hrs</p> <p>-Lab Stroke fast track (นำส่งพร้อมผู้ป่วย)</p> <p>-ประสานส่งต่อ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ Stroke fast track ภายใน๓๐ นาที การรักษาที่โรงพยาบาล สรรพสิทธิ</p> <p>CBC,BUN,Creatinine,E lectrolyte,FBS,PT</p> <p>PTT,INR,Lipidprofile,L FT,VDRL,TPHA</p> <p>-CXR,EKG</p> <p>-CT brain NC:no Hypo,Hyper density lesion seen</p> <p>-ON rt-PA ๔.๔๑mg iv</p>	<p>กิจกรรมการพยาบาล แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสำโรง</p> <p>๑.ซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย ประเมินอาการ แรกรับ โดยใช้BEFAST ภายใน ๓ นาที</p> <p>๒.ประเมินระดับความ รู้สึกตัวและระบบ ประสาทโดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS)</p> <p>๓.รายงานแพทย์เวร รับทราบและให้การ พยาบาลผู้ป่วยตาม แนวทาง</p> <p>IVF :๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml. IV drip ๘๐ml./hrs</p> <p>-Lab Stroke fast track (นำส่งพร้อมผู้ป่วย)</p> <p>-ประสานส่งต่อ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ Stroke fast track ภายใน๓๐ นาที การรักษาที่โรงพยาบาล สรรพสิทธิ</p> <p>CBC,BUN,Creatinine,E lectrolyte,FBS,PT</p> <p>PTT,INR,Lipidprofile,L FT,VDRL,TPHA</p> <p>-CXR,EKG</p> <p>-CT brain NC:Lt.M๑ lesion MCA occlusion พิจารณาทำ mechanical</p>	<p>-ทั้ง ๒ รายมาด้วยอาการ อ่อนแรงชัดเจน และจาก การซักประวัติ การ ประเมินตรวจร่างกายมา ทันเวลา๔.๕ชั่วโมง</p> <p>-รายที่๒ เคยHX stroke ๖/๖/๖๖ ได้รับยา rt-PA การรักษาที่แตกต่างกัน คือรายที่๑ได้รับยา rt-PA และต้องเฝ้าระวังต่อ ราย ที่๒ เนื่องจากมีข้อห้าม แพทย์จึงพิจารณาทำMT</p>

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ตารางที่ ๓ การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๒	การวิเคราะห์
๔. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	<p>bolus in ๑ min then ๓๙.๖๙ mg +NSS ๑๐๐ ML iv drip in ๑ ชั่วโมง</p> <p>-CT brain หลังได้ rt-PA ๒๔ ชั่วโมง</p> <p>ระยะวิกฤติห้องฉุกเฉิน และขณะนำส่ง</p> <p>๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน</p> <p>การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง</p> <p>๑ การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>๑.ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผู้ป่วยพิการ ทำงานไม่ได้</p>	<p>thrombectomy</p> <p>ระยะวิกฤติห้องฉุกเฉิน และขณะนำส่ง</p> <p>๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) หรือภาวะสมองถูกทำลายซ้ำ เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบตัน</p> <p>๒.เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจาก intra cerebral hemorrhage เนื่องจากได้รับยา rt-PA</p> <p>การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง</p> <p>๑ การช่วยเหลือตนเองบกพร่องเนื่องจากแขนขาอ่อนแรงและเสียความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</p> <p>การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน</p> <p>๑.ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผู้ป่วยพิการ ทำงานไม่ได้</p>	<p>-ทั้ง๒รายได้รับการดูแลรักษาในระยะ แฉกปล้นมีการประเมินผู้ป่วย ไม่มีภาวะ cardiac arrest</p> <p>การ ดูแลเรื่องการหายใจให้โล่งให้ได้ รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ วัดระดับออกซิเจนในเลือดได้ ๑๐๐ % ระวังการอุดตันทางเดินหายใจจากภาวะต่าง ๆ จัดศีรษะให้ตรง</p> <p>การดูแลให้สารน้ำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml. IV drip ๘๐ ml./hrs เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้ เลือดไปเลี้ยงสมองได้ดี</p> <p>-ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย รู้สึกตัวดีจึง ต้องผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ดังนี้</p> <p>๑. ความรู้เกี่ยวกับโรคอาการ ปัญหาที่ยังคงหลง เหลืออยู่และ สิ่งที่ต้องดูแลต่อการป้องกันกลับเป็นซ้ำ</p> <p>๒. การสังเกตอาการผิดปกติที่ ต้องมาพบแพทย์ได้แก่อาการ หางประสาทที่เสลดลง หายใจ</p>

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๗ สาระสำคัญ(ต่อ)

ตารางที่ ๓ การศึกษาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ ๑ และรายที่ ๒ ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๑	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่๒	การวิเคราะห์
๔. ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			<p>หอบเหนื่อย</p> <p>๓. แนะนำสอนให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด ป้องกันข้อติด การพลิกตะแคง ตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ การ เฝ้ารอวัง การผลัดตกเตียง การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง และการ มาตรฐานตามแพทย์นัด</p>

สรุปกรณีศึกษา

: การศึกษาเปรียบเทียบทั้ง ๒ ราย วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดดับหรือตัน

รายที่๑ Acute Ischemic Strokeได้รับยา recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

รายที่ ๒ Recurrent stroke >CT NC พบ Lt.M๑ lesion MCA (Middle cerebral artery) occlusion มีข้อห้ามในการให้rt-PA Consult Neuro Sx. พิจารณาทำmechanical thrombectomy การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนี้คือการเฝ้ารอวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) พยาบาลจะต้องประเมิน GCS และสัญญาณชีพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

การส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนี้ ปัญหาที่ดังนี้

๑.แขนขาข้างขวาอ่อนแรง การพยาบาลวางแผนการฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมฟื้นฟู สอนญาติผู้ดูแลในเรื่องการทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้าน

๒. การป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

คุณภาพการดูแลผู้ป่วย Stroke โรงพยาบาลลำปาง

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
๑. จำนวนผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด(ราย)	๘๙	๑๒๑	๑๒๘
๒. อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาด	๑	๒	๑
๓. อัตราผู้ป่วย Acute Stroke มาถึงโรงพยาบาลภายใน ๓ ชม. (>๕๐ %)	๒๙.๒๙%	๒๙.๒๙%	๒๗.๖๗ %
๔. อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ที่มีอาการภายใน ๓ ชม. ได้รับการส่งต่อ Fast Track ภายใน ๓๐ นาที (๑๐๐ %)	๑๐๐ %	๑๐๐ %	๑๐๐ %

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. ผู้ป่วยที่มีอาการของ Stroke มาโรงพยาบาลได้ทันเวลาทัน Stroke Fast tract ภายใน ๓ ชั่วโมง
๒. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งต่อทันเวลาและปลอดภัย
๓. ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลต่อเนื่อง
๔. ผู้ป่วย Stroke ไม่กลับมาเป็น Stroke ซ้ำ
๕. ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรือตันในระยะเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน

๒. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย

๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาล และนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ๒ รายนี้ คือการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) พยาบาลจะต้อง ประเมิน GCS และสัญญาณชีพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทั้งแรกรับ ขณะนำส่ง

๒. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในระยะวิกฤตฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนตามระบบ Fast Track และส่งต่อเพื่อรับยา rt-PA และได้รับการทำ Mechanical thrombectomy

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ สาเหตุจากผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง

๒. การคัดกรองที่ไม่เหมาะสม Under triage ส่งผลให้คนไข้เสียโอกาสในการรักษา รวมทั้งการชักประวัติที่ไม่ครอบคลุมทำให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดความพิการเพิ่มขึ้นในผู้ป่วย

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ออกแบบแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีอาการ Stroke สามารถมาโรงพยาบาลได้ทันเวลาโดยมุ่งเน้นที่ DM Clinic , HT Clinic , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลผู้ป่วย DM ,HT ซึ่งจะจัดกิจกรรม ดังนี้ ๑.ให้สุขศึกษาเรื่องอาการของโรค Stroke ที่จะต้องรับมาโรงพยาบาลภายใน ๓ ชั่วโมง กับผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกวันที่มี Clinic DM และ HT ๒.จัดทำสื่อ VDO ให้ความรู้เรื่อง Stroke เป็นภาษาท้องถิ่น และมีการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการรักษาทันเวลาโดยตรง ซึ่งจะเปิดให้กับผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่ Clinic DM ,HT,OPD ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และให้ผู้นำชุมชนเปิดเป็นเสียงตามสายอย่างต่อเนื่อง ๓.มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย DM ,HTไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสเป็น Stroke ได้เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยเน้นย้ำเป็นระยะเกี่ยวกับอาการของโรค Stroke กับผู้ป่วยญาติ ผู้ดูแล เพื่อนบ้าน อสม.ที่ต้องรับมาโรงพยาบาลทันที

๙.๒ มีการฟื้นฟูวิชาการ การคัดกรองให้พยาบาลทุกคน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง นำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีกรอบมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

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

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน สักส่วนของผลงานนางสาวมัทนา สาลีพงศ์

๑) นางสาวมัทนา สาลีพงศ์ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐.

๒)สักส่วนของผลงาน.....

๓)สักส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวมัทนา สาลีพงศ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / ตุลาคม / ๒๕๖๖

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวมัทนา สาลีพงศ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

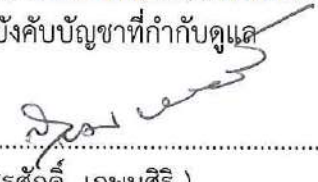
(ลงชื่อ) 

(นางบุปผชาติ พวงจันทร์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

(วันที่) 8 / สิงหาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสุรศักดิ์ เกษมศิริ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง

(วันที่) 8 / สิงหาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน

๒. หลักการและเหตุผล

การคัดกรองผู้ป่วยมีความสำคัญต่อผลการรักษา เป็นการแยกผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม หรือแยกประเภทระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพื่อความรวดเร็วในการตรวจรักษา โดยระยะเวลาในการซักประวัติและการประเมินเบื้องต้นนั้น ต้องทำอย่างรวดเร็วกระชับโดยใช้เวลาประมาณ ๔ - ๕ นาที (กงทอง,๒๕๖๒) การคัดกรองมีความสำคัญทั้งในผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยอย่างรุนแรง ต้องอาศัยการคัดกรองและประเมินอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพนั้นจะทำให้การให้บริการมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว การพัฒนาการคัดกรองที่ดีนั้น จะช่วยให้การประเมินอาการผู้ป่วย การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม และยังสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้

โรงพยาบาลสำโรง อำเภอสำโรง เป็นโรงพยาบาลขนาด ๓๐ เตียง มีผู้มารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉลี่ยประมาณ ๖๐-๗๐ คนต่อวัน ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ของ Emergency severity index (ESI) Version ๔ มี ๕ ประเภท ซึ่งมีระบบการคัดแยกที่ด้านหน้าบริเวณห้องบัตร ผู้บริการมาถึงยื่นบัตรที่จุดคัดกรอง คัดแยกด้านหน้า ประเมินและสอบถามอาการโดยพยาบาลของจุดบริการผู้ป่วยนอก บางช่วงเวลาพยาบาลต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่ ทำให้บางช่วงต้องใช้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นผู้คัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย และส่งต่อมาที่ห้องฉุกเฉินหรือไปทำงานผู้ป่วยนอก ส่งผลให้บางรายมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ การสื่อสารประเภทผู้ป่วยระหว่างงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่ตรงกัน ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษาที่เร็วขึ้น ทรุดลงและเสียชีวิตจากการประเมินที่ไม่ได้คุณภาพ ผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย โดยปรับระบบ และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรเพื่อสามารถคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามความเร่งด่วน เพิ่มคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีให้ระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ป้องกันข้อร้องเรียน และอาการทรุดลงของผู้ป่วยขณะรอรักษา

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสำโรง
 ๒. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย
- ๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา ผลการคัดกรองคัดแยกผู้ป่วย ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ พบว่า มีการคัดกรองแยกประเภทถูกต้องร้อยละ ๖๔.๒ และ ร้อยละ ๗๔.๘ ตามลำดับ มีการคัดกรองแยกประเภทไม่ถูกต้องร้อยละ ๒๒.๖ และร้อยละ ๒๓.๔ ตามลำดับ มีคัดกรองแยกประเภทต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) ร้อยละ ๑๖.๒, ๑๗.๖ และคัดกรองแยกประเภทสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ร้อยละ ๖.๔, ๕.๘ ตามลำดับ พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาดมากที่สุด คือผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน แต่ส่งไปรอตรวจที่งานผู้ป่วยนอก พบมากที่สุดร้อยละ ๒๐.๔๙ และพบการคัดกรองคัดแยกประเภทต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage ER) พบจำแนกประเภทไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ ประเภทฉุกเฉินมาก (Emergency) แต่จำแนกเป็นประเภทฉุกเฉิน (Urgency) พบร้อยละ ๓๖.๓ จากการวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้อง ๑. ด้านบุคลากร จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ในช่วงเวลา ๐๖.๐๐-๐๘.๐๐น. เป็นช่วงที่ผู้รับบริการมาใช้บริการจำนวนมาก พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมี ๒ คน ซึ่งต้องให้บริการผู้ป่วย ณ จุดบริการทำให้ตรงจุดคัดกรองจะมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเวรเปลช่วยคัดกรองให้เบื้องต้น ในช่วงเวลา ๐๘.๐๐ -๑๖.๐๐น. บางครั้งไม่มีพยาบาลจุดคัดกรอง เพราะพยาบาลต้องใช้ร่วมกันกับงานผู้ป่วยนอก

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

ต้องทำหน้าที่หลายอย่าง ทำให้ไม่เพียงพอ ต้องให้ผู้ช่วยคนใช้ในการคัดกรองช่วย ๒.ด้านบุคลากร ยังไม่ได้มีการกำหนดหน้าที่ และคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งที่ชัดเจน ขาดประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจในการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลที่จบมาปฏิบัติงานใหม่ และได้มาปฏิบัติงานที่จุดคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย

ในการพัฒนาระบบระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย (Triage) ใช้แนวคิดของเดมมิ่ง

ประกอบด้วย ขั้นตอน ๔ ประการ PDCA. Plan คือขั้นตอนของการวางแผน เพื่อเลือกปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา และวางแผนการแก้ปัญหา Check คือขั้นตอนการตรวจสอบ และเปรียบเทียบผล DO คือขั้นตอนการดำเนินการแก้ไขปัญหตามแนวทางที่วางไว้ Action คือการกำหนดเป็นมาตรฐานและปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น (Paul A, ๑๙๙๘) ซึ่งวงจรการพัฒนาของเดมมิ่งนี้จะช่วยป้องกันปัญหาที่ไม่ควรเกิด ลดความสับสนในการทำงาน ลดการใช้ทรัพยากรมาก ลดความสูญเสียในรูปแบบต่างๆ มีการทำงานที่มีการตรวจ สอบเป็นระยะ ทำให้การปฏิบัติงานรัดกุมมากขึ้น การตรวจสอบนำไปปรับปรุงแก้ไขได้ ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วไม่เกิดซ้ำ การใช้ PDCA เพื่อการแก้ปัญหา ด้วยการตรวจสอบว่ามีปัญหาอะไรบ้างที่เป็นปัญหา เมื่อหาปัญหาได้แล้ว ก็นำมาวางแผนเพื่อการดำเนินการตามวงจร PDCA ต่อไป เมื่อนำมาใช้กับระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย เป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพราะต้องปรับปรุง เสาะแสวงหาสิ่งต่างๆหรือวิธีที่ดีกว่าเดิม เพื่อยกระดับคุณภาพการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย (Triage) ให้สามารถลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะการพัฒนาการคัดกรองที่ดีนั้น จะช่วยให้การประเมินอาการผู้ป่วย การวางแผนการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และส่งผลให้ประสิทธิภาพการรักษาเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ

การดำเนินงาน

๑. รวบรวมข้อมูล จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการและได้รับการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย จากเวชระเบียนของโรงพยาบาล

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย

๓. ประชุมทีมคุณภาพและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงสถานการณ์ และวางแผนแนวทางการพัฒนาการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย

๔. แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิบัติการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งที่ชัดเจน คำสั่งมอบหมายหน้าที่การปฏิบัติงาน

๕. พัฒนาคู่มือเจ้าหน้าที่ด้านความรู้ เพื่อเพิ่มความชำนาญในการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยให้มีคุณภาพ โดยมีการประชุม ทบทวนและจัดทำคู่มือในการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย ผ่านคณะกรรมการ PCT ของโรงพยาบาล และประกาศใช้กับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

๖. จัดเวรพยาบาลรับผิดชอบประจำจุดคัดกรอง เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.นอกเวลาราชการจะใช้พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเมินคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย

๗. จัดระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย โดยแบ่งช่วงเวลา ดังนี้ ในเวลาราชการ เมื่อผู้ป่วยมาที่จุดคัดกรองโรงพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินเบื้องต้น โดยการซักประวัติ วัดสัญญาณชีพเบื้องต้น เพื่อคัดแยกผู้ป่วย เขียนอาการและสัญญาณชีพให้ถือไปขึ้นบัตรตรวจ และไปตามจุดตรวจตามที่คัดกรอง

๘. กรณีฉุกเฉินเร่งด่วนพยาบาลคัดกรองประเมินเรียบร้อยแล้ว นำผู้ป่วยมาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทันที แล้วญาติหรือเจ้าหน้าที่ขึ้นบัตรตามมาที่หลัง เพื่อความรวดเร็วในการรักษา

๙. กรณีนอกเวลาราชการ พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะเป็นผู้ที่ประเมินคัดกรองผู้ป่วย และหลังจากเวลา ๒๐.๐๐ น.ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมดผู้ป่วยจะได้รับการประเมินคัดกรองโดยหัวหน้าเวร

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)
การดำเนินงาน (ต่อ)

๑๐. ในช่วงเวลา ๐๖.๐๐-๐๘.๐๐ น. เป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมารับบริการมาใช้บริการจำนวนมาก มอบหมายให้เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเป็นผู้คัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย หากไม่มั่นใจให้ปรึกษาหัวหน้าเวรในท้องฉุกเฉินในเวรนั้นๆ

๑๑. จัดเก็บข้อมูลการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยโดยหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สรุปรายงาน และประชุมประเมินผลทุกเดือน เพื่อพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลาดำเนินงาน มกราคม ๒๕๖๖ – กันยายน ๒๕๖๖

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. การคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) < ร้อยละ ๕
๒. การคัดกรองแยกประเภทสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) < ร้อยละ ๑๕
๓. เกิดระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย (Triage)

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. การคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) ร้อยละ ๓.๖๓
๒. การคัดกรองแยกประเภทสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (Over triage) ร้อยละ ๑๓.๗๓
๓. มีระบบการคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วย(Triage) ที่ชัดเจน

(ลงชื่อ).....

(นางสาวมัทนา สาสีพงศ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๔. ด้านการบริการ(ต่อ)

- ติดตามและดำเนินการให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการพยาบาลพร้อมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผลและทบทวนแผนการรักษา

- ประสานแผนการดูแลผู้ป่วยแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ

๔.๒ ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ทางการพยาบาลและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่บุคลากรในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย

๔.๓ นิเทศ ติดตาม ช่วยเหลือ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานเพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามมาตรฐานที่กำหนดและมีคุณภาพ

๔.๔ พัฒนาข้อมูล จัดทำเอกสาร คู่มือ สื่อเอกสารเผยแพร่ พัฒนาเครื่องมืออุปกรณ์ วิธีการ หรือประยุกต์เทคโนโลยีด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยเข้ามาใช้ เพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาองค์กร

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๕ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน(Ischemic stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า ๘๐% ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่และมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็งสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด

ในปัจจุบันสามารถแบ่งแยกประเภทตามสาเหตุของการเกิดโรคตาม TOAST Classification ได้แก่

๑. Large vessel mechanism คือกลไกการเกิดสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดขนาดใหญ่ระดับ artery มีภาวะตีบหรืออุดตัน

๒. Cardio embolic mechanism คือกลไกการเกิดสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจากก้อนเลือดจากหัวใจหลุดขึ้นไปทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมอง

๓. Small vessel mechanism คือกลไกการเกิดสมองขาดเลือดที่มีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพในหลอดเลือดสมองขนาดเล็กระดับarteriole

๔. Other mechanisms คือกลไกการเกิดสมองขาดเลือดอื่นๆ ที่เหลือนอกเหนือจากสามกลไกหลักข้างต้น เช่น การฉีกขาดของผนังหลอดเลือด (dissection) หรือการอักเสบของหลอดเลือด (vasculitis) เป็นต้น

๕. Undetermined mechanism มีสาเหตุที่เป็นไปได้มากกว่าหนึ่งกลไกปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

๑. ความดันโลหิตสูงหมายถึงความดันโลหิตตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท โดยทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็วขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

๒. เบาหวาน ทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตันทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

๓. ไขมันในเลือดสูงปกติระดับCholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน ๒๐๐ mg% และระดับไขมันชนิดดี (HDL) ควรมากกว่า ๔๕ mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ควรน้อยกว่า ๑๐๐-๑๓๐ mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกอนเข้าไปเกาะหรืออุดตันตามหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย

๔. ความอ้วนคนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายโดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุงมีโอกาส

๕. เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้(ต่อ)

๖. โรคหัวใจ เช่น ผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิดatrial fibrillation (AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น ๕ เท่า

๗. Homocystein สูงเนื่องจาก Homocystein จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น

๘. บุหรี่สารนิโคตินและคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด

๙. แอลกอฮอล์การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูงและทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

๑๐. โคเคน แอมเฟตามีนและ เฮโรอีน สารเสพติดกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวเพิ่มความดันโลหิตชีพจรเร็ว

๑๑. การดำเนินชีวิตผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

๑๒. ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิดยาสเตียรอยด์ภาวะเลือดหนืดขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

๑. อายุที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง

๒. เพศชาย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่ผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น

๓. กรรมพันธุ์ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

๔. เชื้อชาติคนผิวดำพบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว

๕. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อยได้แก่

- อ่อนแรงหรือขาครึ่งซีก
- ตามองไม่เห็นภาพซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งหมด
- มองเห็นภาพซ้อน
- มีความผิดปกติของการใช้ภาษา เช่น พูดไม่คล่องใช้ภาษาผิดหรือไม่เข้าใจภาษา เป็นต้น
- เวียนศีรษะ บ้านหมุนอาเจียน
- ปวดศีรษะรุนแรงอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน
- พูดไม่ชัดปากเบี้ยวกลืนลำบาก
- นึกคำพูดไม่ออก พูดไม่ได้
- ซึมหมดสติหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง

การตรวจวินิจฉัย

๑. การซักประวัติและตรวจร่างกาย

๒. การตรวจเลือดเพื่อหาสาเหตุต่างๆ เช่น Blood sugar, BUN, Cr, Electrolytes, CBC, PT, PTT, INR, lipid profile, VDRL

๓. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) พิจารณา cardiac monitoring

อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมง เพื่อค้นหาภาวะ Atrial fibrillation ในกรณีที่สูงสั้วว่ามีสาเหตุมาจากลิ่มเลือดอุดตันที่มาจากหัวใจ พิจารณาทำ Echocardiogram / transesophageal echocardiogram, Holter monitoring

การตรวจวินิจฉัย(ต่อ)

๔. การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นความถี่สูง เช่น Carotid duplex scan, MRI, Transcranial Doppler ultrasound (TCD), Venous Doppler ultrasound

๕. การตรวจทางรังสี เช่น Chest X-ray, CT brain, Cerebral angiography

การรักษา

๑. ยาด้านเกล็ดเลือด(Antiplatelets) ได้แก่ Aspirin และ Clopidogrel

๒. การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (intravenous thrombolysis) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน๔.๕ ชั่วโมง ที่มีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้าม

๓. การรักษาด้วย endovascular treatment หากผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นหลังให้ยา rt-PA ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับมีข้อบ่งชี้หรือมีอาการของสมองขาดเลือดภายใน ๖ ชั่วโมงร่วมกับพบภาวะหลอดเลือดสมองส่วนต้นตีบหรืออุดตัน

๔. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) พิจารณาใช้ในกรณี

- cardio-embolic stroke
- cerebral venous thrombosis
- extracranial carotid หรือ vertebral dissection

แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. ทฤษฎีแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน เพื่อมาประเมินปัญหาของผู้ป่วย ประกอบด้วย

๑๑ แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

(Health perception / Health management pattern)

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

(Health perception / Health management pattern)

แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย (Nutritional / Metabolic pattern)

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

(Activity / exercise pattern)

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนและการนอนหลับ (Sleep/rest pattern)

แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้ (Cognitive/Perceptual pattern)

แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

(Self - perception/self - concept)

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธ์ภาพ (Role and relationship pattern)

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality pattern)

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

(Coping/stress - tolerance pattern)

แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ (Value/belief pattern)

แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)

๒. กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน

๑. การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)
๒. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)
๓. การวางแผนการพยาบาล (Planning)
๔. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
๕. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

๓. แนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

(ยุพาพิน ประสานอริคม,๒๕๓๕) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล โดยใช้ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย ๕ วิธีการคือ

๑. การตอบสนองหรือการกระทำทดแทน เป็นการตอบสนองเพื่อต้องการการดูแล

ของผู้ป่วย

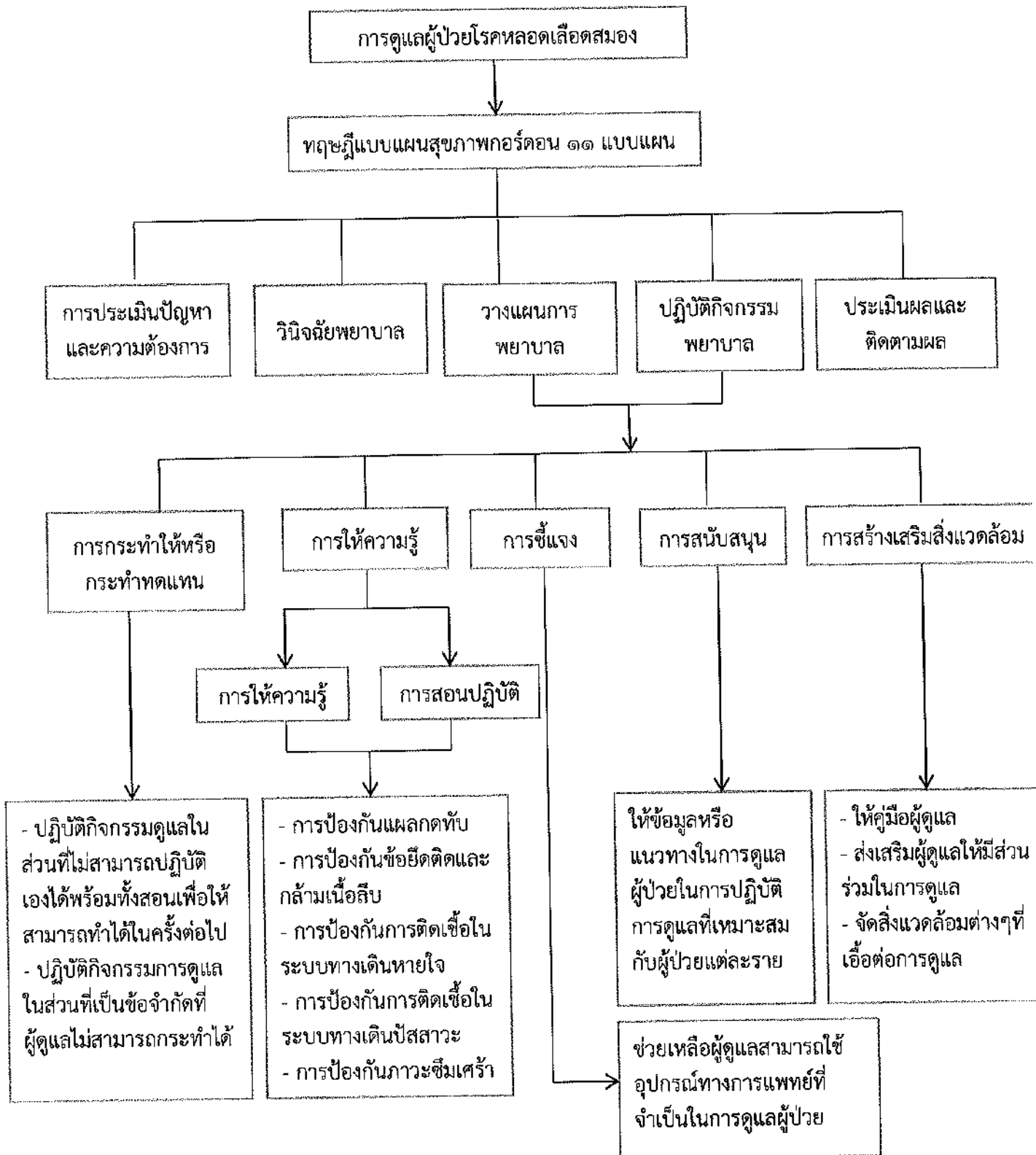
๒. การสอน เพื่อพัฒนาทักษะและความรู้ที่เฉพาะ
๓. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม
๔. การสนับสนุน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการ

เกิดภาวะแทรกซ้อน

๕. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้พัฒนาความสามารถในการดูแล

เพื่อเป็นการเสริมแรงจูงใจของผู้ดูแล ในการวางเป้าหมายที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ(ต่อ)



ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น
ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๑๕, ๑๓ และ ๑๙ รายตามลำดับ

ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน มีประสบการณ์การทำงานที่งานการพยาบาล
ผู้ป่วยใน เป็นเวลา ๑๖ ปี ๒ เดือน มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้
ความสามารถทั้งทางด้านทฤษฎี และการปฏิบัติ ตลอดจนประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่พบและสามารถนำกระบวนการพยาบาลลง
สู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมอย่างเป็น
องค์รวมและต่อเนื่อง มีความรู้ ความชำนาญในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่ต้องใช้ในภาวะฉุกเฉิน ผลข้างเคียง
ของยา เพื่อติดตามและเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติ มีความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การชี้แนะ การสนับสนุน
การสอน รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมแก่ญาติและผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงมีความรู้และ
ทักษะในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล โดยจัดการรายการกรณีในการ
ดูแล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย นอกจากนี้ผู้ศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดเกี่ยวกับการ
“การบริหารพื้นที่สภาวะกึ่งกลาง (Intermediate care; IMC)” ออกแบบและวางระบบการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ได้ตามมาตรฐาน โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญ
สูงมากในด้านพยาบาลให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยครอบคลุม 4 มิติ และจัดระบบพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน
ให้มีมาตรฐาน เกิดการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตาม ควบคุม กำกับ มาตรฐานการ
ปฏิบัติงาน บริหารอัตรากำลัง สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ วัสดุและอุปกรณ์ นิเทศ ควบคุม กำกับ แนะนำ ให้คำปรึกษาและ
ตัดสินใจแก้ไขปัญหาระบบบริการพยาบาลและการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับที่อยู่ในความ
รับผิดชอบ เพื่อให้การบริการพยาบาลที่เกิดขึ้นบรรลุเป้าหมายตามนโยบายขององค์กร
สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อย มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ
ของประเทศไทย เนื่องจากทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และยังก่อให้เกิดความพิการทุพพลภาพ
เกิดภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางราย
กลายเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ดังนั้นการพยาบาลที่มีมาตรฐานการพยาบาล
พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูผู้ป่วยขณะพัก
รักษาตัวในโรงพยาบาลและที่บ้าน ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ประสานงานการดูแลผู้ป่วยกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วย
ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ลดอัตราการตาย ลดความพิการ และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่
ในสังคมอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรณีศึกษาที่ ๑

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ อายุ ๕๘ ปี Status เดิม Rt hemiparesis Grade ๒ มาด้วย ๑.๓๐ ชั่วโมงก่อนมา หลังกิน
ข้าว ญาติบ่นยา กลืนไม่ได้ ปากเบี้ยว ไม่ยอมพูด ถึงโรงพยาบาลเวลา ๐๘.๔๘ น. Last well seen ๐๗.๑๘ น.
โรคประจำตัว DM , DLP ประมาณ ๑๐ ปี CKD stage IV Old CVA ประมาณ ๑ ปี รักษาที่โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น
ทานยาไม่สม่ำเสมอ

ถึงโรงพยาบาลเวลา ๐๘.๔๘ น. ตรวจพบ E4V2M6 Pupil ๒ mmRTLBE motor power Rt gr I Lt gr IV
, dysarthria, Lt facial palsy DTX ๒๕๕ mg% lung Clear EKG : NSR rate ๙๖ bpm
อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๘/๗๕ มิลลิเมตรปรอท
แพทย์วินิจฉัย Stroke FAST tract Consult อายุรแพทย์ พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลตระการพืชผล

สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

วันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๕ ส่งตัวผู้ป่วยกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ให้ hydration Rehabilitation Control น้ำตาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ ออกเสียงไม่เป็นภาษา GCS ๑๒ คะแนน (E๔V๑M๖) Pupil ๒ mmRTLBE Motor power Rt gr I Lt gr IV ,dysarthria, Lt facial palsy, lung Clear ,DTX ๒๔๐ mg% Triglyceride ๑๒๓ HDL ๓๒ LDL ๙๓.๖ BUN/Creatinine ๓๓.๒๘/๒.๑๙ HbA1C ๘.๕๓ %
CT brain : ill-define hypodensity lesion at Lt frontal lobe ; suspected acute to subacute cerebral infarction วินิจฉัยเป็น recurrent stroke

รักษาด้วยการให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ๓ วัน และควบคุมระดับน้ำตาล รวมไปถึงการทำกายภาพบำบัด โดยรับไว้ในความดูแล ๓ คืน ๔ วัน จำหน่ายวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้น พยาบาลช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำเองได้ นอกจากนี้พยาบาลให้ความรู้ Empowerment ให้คำแนะนำ ชี้แจง สนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมไปถึง การประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยต้องควบคุมไปกับการเตรียมสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยมีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีแบบแผนการพยาบาลทั้งหมด ๙ แบบแผน

กรณีศึกษาที่ ๑ มีปัญหาเกี่ยวกับการทานยา และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร HbA1C ๘.๕๓ รวมถึงการทำกายภาพบำบัด ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ADL ๖/๒๐ วิตกกังวลกลัวเป็นซ้ำ กิจกรรมการพยาบาลเน้นการฟื้นฟูสภาพ การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ มีความสำเร็จในการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ขณะพักรักษาตัวความวิตกกังวลลดลง เมื่อจำหน่ายมีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD&P นอกจากนี้ยังมีการประสานข้อมูลไปยังเครือข่ายสุขภาพ รพสต.ที่รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยญาติมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ จากการติดตามประวัติการรักษาผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน ด้วยการติดต่อที่ปอด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี น้ำตาลอยู่ในช่วง ๘๐ - ๑๕๐ มารับยาที่ NCD Clinic ตามนัดทุกครั้ง ประเมินผล ADL ก่อนจำหน่าย ๖/๒๐ คะแนน ๑ เดือน ๙/๒๐ คะแนน ปัจจุบัน ๑๕/๒๐ คะแนน Motor power Rt gr III Lt gr V
กรณีศึกษาที่ ๒

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ ๗๗ ปี status เดิม ช่วยเหลือตนเองได้ มาด้วย ๑ ชั่วโมงก่อนมา ขณะนั่งเล่นส้อมหงายหลัง ไม่สลับ ไม่มีชักเกร็ง มีปากเปี้ยว พูดไม่ชัด มีอ่อนแรงซีกซ้าย เรียก EMS ออกรับ ถึงโรงพยาบาล ๑๑.๓๘ น. Last well seen ๑๐.๓๘ น โรคประจำตัว DLP ประมาณ ๒๐ ปี รักษาที่โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นไม่ขาดยา มาตรวจตามนัด แพ้ยา Tazocin ฝืนขึ้นตามตัว

ถึงโรงพยาบาล ๑๑.๓๘ น. ตรวจพบ E๓V๑M๖ Pupil ๓ mmRTLBE motor power Rt gr V Lt gr 0 , Lt facial palsy DTX ๑๐๔ mg% lung Clear EKG : NSR rate ๖๒ bpm อุณหภูมิ ๓๖.๘ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๒ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๖/๗๕ มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัย Stroke FAST tract Consult อายุรแพทย์ พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลตระการพิพิธ หลังให้ rtPA not recovery grad ๐ พักรักษาตัวที่โรงพยาบาลตระการพิพิธ 11 วัน

วันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๕ รับผู้ป่วยกลับมาจากโรงพยาบาลตระการ มีปัญหา ปอดอักเสบ ส่งตัวกลับมาให้ยา ปฏิชีวนะ meropenam ต่อจนครบ ๑๔ วัน keep LDL < ๗๐ Rehabilitation ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ แต่ตอบสนองช้า ไม่พูด GCS ๑๐ คะแนน (E๓V๑M๖) Pupil ๓ mmRTLBE Motor power Rt gr V Lt gr 0 Lt facial palsy DTX ๑๑๔ mg% lung Clear O2sat ๙๓% RA Triglyceride ๕๓ HDL ๓๘ LDL ๑๐๙
CT brain : Reveals more delineation of hypodensity lesion at Rt frontal lobe, Rt basal ganglia and Rt internal capsule; suspected chronological change of right MCA infarction
วินิจฉัยเป็น Ischemic Stroke Rt MCA infarction with aspiration Pneumonia

สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

รับการรักษาด้วยการให้ยาปฏิชีวนะ จนครบ ๑๔ วัน รวมไปถึงการทำกายภาพบำบัด โดยรับไว้ในความดูแล ๑๒ คืน ๑๓ วัน จำหน่ายวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น พยาบาลช่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถทำเองได้ นอกจากนี้พยาบาลให้ความรู้ Empowerment ให้คำแนะนำ ชี้แจง สนับสนุน ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมไปถึง การประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยต้องควบคู่ไปกับการเตรียมสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยมีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีแบบแผนการพยาบาลทั้งหมด ๙ แบบแผน

กรณีศึกษาที่ ๒ มีปัญหาเกี่ยวกับปอดอักเสบ และเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ กิจกรรมการพยาบาล เน้นเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การให้อาหารทางสายยาง ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ADL ๔/๒๐ โดยสหสาขาวิชาชีพมาเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีความสำเร็จในการดูแลรักษา ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขณะพัก รักษาตัวความวิตกกังวลลดลง เมื่อจำหน่ายมีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD&P และมีการประสานข้อมูลไปยัง เครือข่ายสุขภาพ รพสต.ที่รับผิดชอบในการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยญาติมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ จากการติดตามประวัติการรักษา ผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วัน ด้วยการติดเชื้อที่ปอด และภาวะแทรกซ้อน อื่นๆ LDL < ๓๐ ADL ก่อนจำหน่าย เท่ากับ ๔/๒๐ คะแนน ๑ เดือน ๕/๒๐ คะแนนปัจจุบัน ๗/๒๐ คะแนน

Motor power Rt gr I Lt gr V

ขั้นตอนดำเนินงาน

๑. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๒. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ ถึงปัญหาและสาเหตุต่างๆในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
๓. ค้นหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมโดยการ benchmark กับหน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
๔. ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทาง และแพทย์ผู้ปรึกษาเพื่อให้เป็นข้อมูล
๕. ประชุมปรึกษาร่วมกับทีมในหน่วยงานเพื่อร่วมพัฒนาและกำหนดแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมอง

๖. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
๗. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนและสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล
๘. เรียบเรียงและจัดพิมพ์ผลงาน นำเสนอเพื่อขอรับการประเมิน

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานโรคหลอดเลือดสมอง
๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนจำหน่าย
๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับการฟื้นฟูสภาพและทำกายภาพบำบัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง

หลังรับไว้ในโรงพยาบาล

๔. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันไม่กลับเข้ามารักษาซ้ำ ภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน
๕. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดแผลกดทับและเกิดการพลัดตกหกล้ม ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือกลับไปอยู่บ้าน
๖. ผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงคุณภาพ/ปริมาณ)

เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			
	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
Standard Indicator				
๑. อัตราผู้ป่วย Stroke Fast tract ที่มาภายใน ๒.๓๐ ชั่วโมง (ที่มีอาการ)	ร้อยละ ๕๐	๕๐	๒๖.๑๒	๓๐.๓๗
Process Indicator				
๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนจำหน่าย	๑๐๐ %	๑๐๐ %	๑๐๐ %	๑๐๐ %
๒. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ได้รับการฟื้นฟูสภาพและทำกายภาพบำบัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังรับไว้ในโรงพยาบาล	๑๐๐ %	๑๐๐ %	๑๐๐ %	๑๐๐ %
๓. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ภายใน ๑ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๘๐	๘๐	๙๒.๓๐	๑๐๐
Outcome Indicator				
๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน กลับเข้ามารักษาซ้ำ ภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน	≤ ร้อยละ ๕	๐	๐	๐
๒. อัตราผู้ป่วยการตายของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	≤ ร้อยละ ๕	๐	๐	๐
๓. อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ BI เพิ่มขึ้น ๒ ระดับ	≥ ร้อยละ ๘๐	๘๖.๖๗	๘๑.๘๒	๘๔.๒๑
Complication Indicator				
๑. อัตราการเกิดปอดอักเสบ (Pneumonia) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	≤ ร้อยละ ๕	๖.๖๗	๐	๐
๒. อัตราการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	≤ ร้อยละ ๕	๐	๐	๐
๓. อัตราการเกิดแผลกดทับ (Pressure Sore) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	≤ ร้อยละ ๕	๐	๐	๕.๒๙
๔. อัตราเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	๐ %	๐	๐	๐

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงคุณภาพ/ปริมาณ(ต่อ)

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการประเมินแรกรับ และได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลเบื้องต้น แก่ไขภาวะฉุกเฉิน และได้รับการวินิจฉัย Ischemic stroke ทั้ง ๒ ราย ได้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลตระการพิรุณโดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract) โรงพยาบาลตระการให้การดูแลรักษาจนพ้นระยะวิกฤติ และย้ายผู้ป่วยรับการรักษาที่โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น โดยโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นได้ให้การดูแลรักษาตามมาตรฐานโรคหลอดเลือดสมอง และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิด ระหว่างการรักษา นอกจากนี้มีการ Empowerment ให้ความรู้ แนะนำ ชี้แจงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่างๆเมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ DMETHOD&P และมีการส่งต่อข้อมูลให้กับพื้นที่รับผิดชอบ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพิ่มพูนความรู้ความสามารถทั้งทางด้านทฤษฎี และการปฏิบัติตลอดจนประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 ๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลงสู่ชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำครอบครัว
 ๓. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับระยะของโรคที่เป็นอยู่
 ๔. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองและปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตดีขึ้น
 ๕. เป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง และใช้ในการทบทวน พื้นฟูความรู้เรื่องโรค การรักษาพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน นักศึกษา และผู้สนใจ
 ๖. ใช้ในการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำจุดอ่อน จุดแข็ง ที่ได้จากการศึกษามาปรับปรุงพัฒนางาน
 ๗. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและสภาวะทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ
 ๘. การติดตามเยี่ยมบ้านมีแนวทางการเยี่ยมที่ชัดเจน
๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันปัจจุบัน เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดที่สมอง ถ้าสามารถแก้ไขให้เลือดกลับมาไหลเวียนได้อย่างเพียงพอ เนื้อสมองส่วนนี้จะสามารถกลับมาทำงานได้อีก หากเมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ และเมื่อเข้าสู่ระยะคงที่ ผู้ป่วยจะได้รับการพักฟื้นสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นการวางแผนการพยาบาล จึงมุ่งการเฝ้าระวัง ติดตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพให้กับผู้ป่วย ได้แก่การรับประทานยาต่อเนื่อง และดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้สารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ การป้องกันอุบัติเหตุ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายทั้งทางด้าน Active และ Passive movement

ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายนี้ โดยผู้ป่วยรายที่ ๑ Recurrent Stroke มารับบริการโดยรถส่วนตัว ไม่ได้ใช้บริการ ๑๖๖๙ มีปัญหาเกี่ยวกับการทานยา และพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร HbA1C ๘.๕๓ รวมถึงการทำกายภาพบำบัด ช่วยเหลือตัวเองได้เล็กน้อย ADL ๖/๒๐ กิจกรรมการพยาบาลเน้นการฟื้นฟูสภาพ การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายและการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

ผู้ป่วยรายที่ ๒ Ischemic Stroke ใช้บริการ ๑๖๖๙ มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องปอดอักเสบ และเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับ การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ พุดไม่ชัด การให้อาหารทางสายยาง ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การดูแลผู้ป่วยค่อนข้างมาก ADL ๔/๒๐ จะเห็นว่าพยาบาลต้องให้การพยาบาลที่แตกต่างกันโดยคำนึงถึงสมรรถภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพราะมีความบกพร่องด้าน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ(ต่อ)

ด้านการสื่อสาร พูดไม่ชัด พูดลำบาก พยาบาลที่ดูแลต้องใช้ความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วย เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อในร่างกาย รวมทั้งการเกิดแผลกดทับ ข้อยึดติด การสำลักอาหาร รวมไปถึงการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายจึงต้องควบคู่ไปกับการเตรียมสภาพจิตใจ โดยมีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อแพทย์วางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลต้องให้ความรู้ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และ Empowerment ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน

จากการพยาบาลดังกล่าวมานี้ จะเห็นว่าการทำงานของพยาบาล ได้นำความรู้จากทฤษฎีของโรคหลอดเลือดสมองและการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ โดยนำทฤษฎีแบบแผนสุขภาพองค์รวมมาประเมินปัญหาของผู้ป่วย และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรอมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยประยุกต์ร่วมกับกระบวนการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วน รวมไปถึงการวางแผนดูแลระยะยาวตามกระบวนการดำเนินโรค ทำให้เห็นว่าบทบาทของพยาบาลมิใช่การดูแลเฉพาะความเจ็บป่วย แต่ยังรวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยด้วย เพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อธิบายว่า แม้ผู้ป่วยจะไม่หายขาด แต่การพยาบาลควรมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข

ทางโรงพยาบาลยังต้องพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในด้านการพัฒนาความรู้ทักษะสมรรถนะบุคลากร ควรมี Standing Order และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการทำ Case Protocol ผู้ป่วยรายโรค เพื่อให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยและการดูแลที่เฉพาะเจาะจง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ด้านการเข้าถึงบริการ

- การเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙ โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น มีรถ EMS ๑ คัน ให้บริการครอบคลุมอำเภอ กุดข้าวปุ้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วย

ด้านการรักษาพยาบาล

- บุคลากรในงานการพยาบาลผู้ป่วยในไม่มีพยาบาลผ่านการอบรมระยะสั้น Basic stroke Nurse และอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

- การส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงรพสต.มีการส่งข้อมูลหลายแบบ หลายช่องทาง
- ควรจัดทำ Case Protocol ผู้ป่วยรายโรค เพื่อให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยและการดูแล

ที่เฉพาะเจาะจง โดยการมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ

- ควรมี Standing Order ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- การ Empowerment ให้ความรู้ คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน

ด้านการส่งต่อ

- ปรึกษาอายุรแพทย์ก่อนการส่งต่อ การประสานงานกับโรงพยาบาลตระการพิรุณ ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปทำการรักษาต่อ ในกรณีรพ.แม่โจน ไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ ต้องประสานงานกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

๙. ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

๑. การบริหารจัดการหอผู้ป่วยใน ให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤติขณะนอนโรงพยาบาล ทั้งทางด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ต่างๆ ตลอดจนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอกับความต้องการตามภาระงานของหน่วยงาน

๒. ควรมีการพัฒนาและพบทวนสมรรถนะเชิงวิชาชีพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่พยาบาลในงาน การพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อสามารถนำความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

๓. พัฒนาระบบบริการทางการพยาบาลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพพร้อมทั้งกำหนด สมรรถนะการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย

ด้านการพยาบาล

๑. พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านทฤษฎี และการปฏิบัติ ตลอดจนประสานงานกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. พยาบาลควรมีการประเมิน วิเคราะห์ปัญหาที่พบและสามารถนำกระบวนการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมและ ต่อเนื่อง

๓. พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่ต้องใช้ในภาวะฉุกเฉิน ผลข้างเคียงของยา เพื่อติดตามและเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติ

๔. พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน รวมถึงการ สร้างสิ่งแวดล้อมแก่ญาติและผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๕. พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประสานงานกับหน่วยงานอื่นทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอก โรงพยาบาล โดยจัดการรายกรณีในการดูแล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่าย โดยให้มีการ ฝึกอบรบบุคลากรในส่วนที่รับผิดชอบ อาทิ เช่น อสม. ให้มีความรู้และสามารถในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รวมถึงการจัดเจ้าหน้าที่รพสต.ออกเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

๖. พยาบาลต้องมีความรู้ในการ Empowerment ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการป้องกัน Secondary prevention โดยให้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคหากเกิดเป็นซ้ำ รวมถึงการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดโรค หลอดเลือดสมองได้

๗. Alert awareness แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการสัญญาณเตือนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ซึมลง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ให้รีบมาโรงพยาบาลหรือโทรเรียก ๑๖๖๙ ทันทีโดยไม่ต้องรอดูอาการ

๘. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ให้ครอบคลุม มีการจัดฝึกอบรมฟื้นฟูความรู้ ทักษะต่างๆใน การดูแลผู้ป่วย

๙. พัฒนาเครื่องมือสื่อสาร ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ รวมถึงการพัฒนาการส่งข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ รพสต.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการที่มีคุณภาพ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง:กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย ในการนำเสนอวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาการพยาบาล ในยุค BANI” วันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ โดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางชนิษฐา วิศุทธาวัฒน์ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางชนิษฐา วิศุทธรวัดณ์)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางชนิษฐา วิศุทธรวัดณ์	ชนิษฐา วิศุทธรวัดณ์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสุรียพร โสภากุลน)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล
 (วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (นายศุภฤกษ์ ศรีคำ)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น
 (วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
 หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง พัฒนาการติดตามการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องโรคหลอดเลือดสมองด้วยรูปแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing)

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย มีการชาที่ใบหน้า พูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้เป็นโรคที่มีความรุนแรง และแม้ว่าจะไม่เสียชีวิตแต่ทำให้เกิดความพิการแตกต่างกันไป เกิดผลกระทบต่างๆ เช่น ด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงหรือเป็นอัมพาต พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานอาหารจากการทำหน้าที่ของเส้นประสาทซึ่งควบคุมเกี่ยวกับการเคี้ยว กลืน การเคลื่อนไหวของลิ้นมีการทำงานปกติ ส่งผลให้กลืนลำบาก ด้านการรับรู้และการสื่อสาร จะพบว่าผู้ป่วยอาจจะมีความคิดช้า การพูดและการเปล่งเสียงที่ผิดปกติทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายตามมาได้ ในบางรายที่เกิดความพิการต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเกิดโรคจนกระทั่งเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

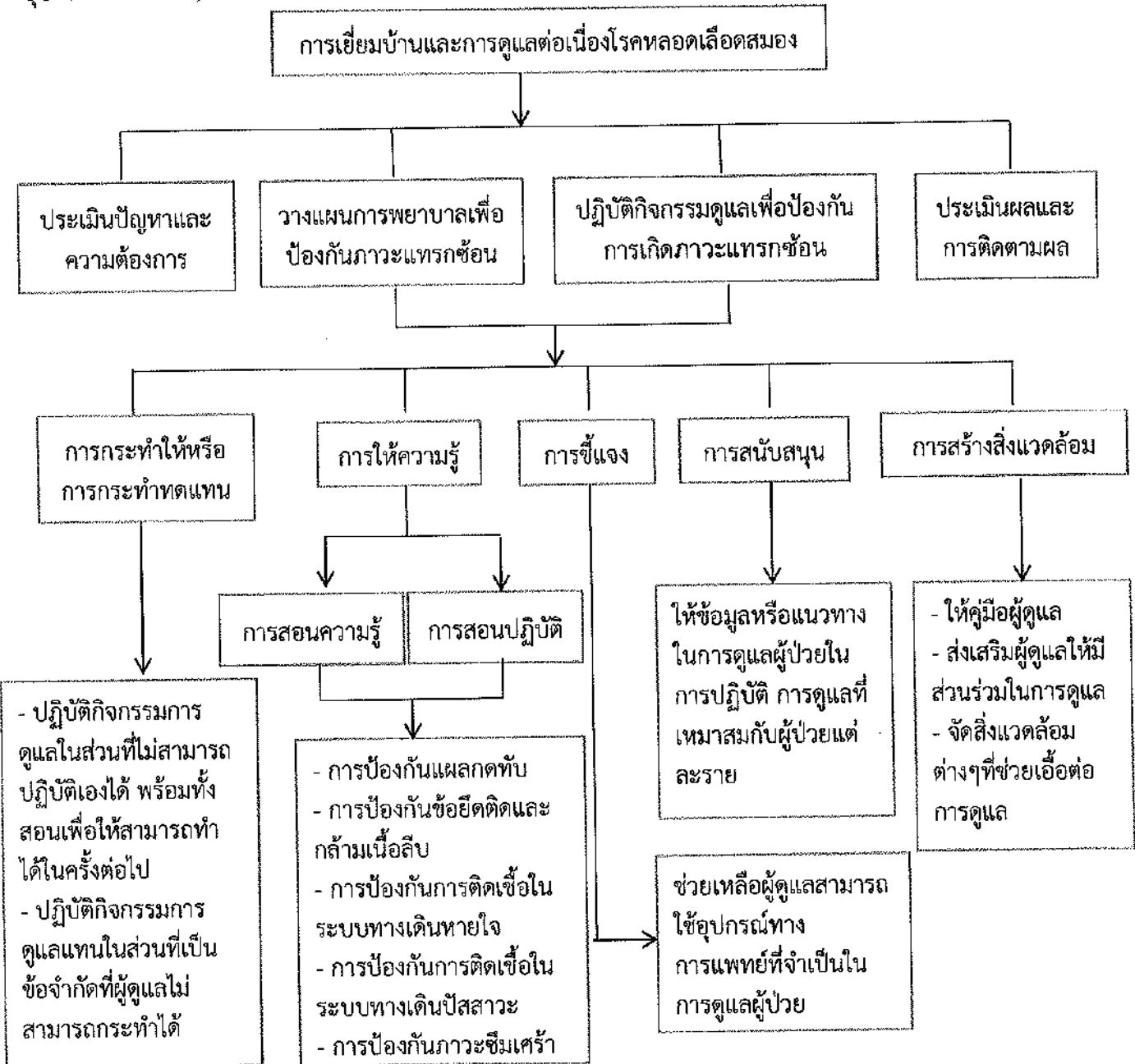
นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ มีแผลกดทับ และมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปีละ ๒ - ๓ ราย ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มาก แต่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตและความพิการตามมาได้

พยาบาลควรมีการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ส่งเสริมการดูแลตนเอง มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่เพิ่มขึ้นและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

หอผู้ป่วยในเป็นหน่วยงานหนึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยและครอบครัว ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการปัญหา ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่ตามศักยภาพของครอบครัว แต่เนื่องด้วยสถานการณ์ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องมีจำนวนมากและมีข้อจำกัดหลายอย่าง ทำให้ทางหน่วยงานมีการปรับเปลี่ยนและ พัฒนาการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care) โดยนำรูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) มาเป็น แนวทางการพัฒนาระบบบริการที่เรียกว่า “การติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยวิธีการพยาบาลทางไกล เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายสภาการพยาบาล ที่ได้กำหนดนโยบายในการสนับสนุนระบบบริการทุกรูปแบบ ที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน มีความตระหนักในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เป็นรูปแบบการพยาบาลวิถีใหม่ (New normal) ในการให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยภายใต้กรอบความรู้แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยนาระบบดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการ ทำให้พยาบาลที่ให้การดูแลสามารถติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยง แนะนำช่องทางการเข้ารับการรักษาพยาบาล การจัดการ การดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว โดยบุคลากรทางการพยาบาลไม่จำเป็นต้องเข้าไปประเมินและให้การดูแลผู้ป่วย โดยตรง แต่ยังคงให้การดูแลสุขภาพ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ และเพิ่มทางเลือก ในระบบบริการสุขภาพผ่านเทคโนโลยีที่เป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านภายใน ๑ สัปดาห์
 ๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน
 ๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยภาวะแทรกซ้อน (ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, แผลกดทับ)
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
- แนวความคิดที่ใช้ในการดำเนินการ
๑. แนวความคิดความต้องการการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
 ๒. แนวคิดการวางแผนจำหน่ายและการจัดการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of care) (วินเพ็ญ พิษิตพรชัยและอุษาวดี อัครวิเศษ, ๒๕๕๖)



ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

ปัญหา/สาเหตุสำคัญ	สรุปการพัฒนาปรับปรุง
การใช้โทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการ การประเมินอาการผู้ป่วยและประเมินทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำได้ลำบาก เนื่องจากไม่เห็นภาพ	เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารโดยให้ญาติถ่ายรูปรูปและวิดีโอคอลผ่าน Application Line เพื่อที่จะให้พยาบาลสามารถเห็นผู้ป่วยในการสาธิตย้อนกลับ เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การฉีดยา เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ทดลองฝึกปฏิบัติให้ดูทางวิดีโอคอล
พยาบาลจบใหม่ขาดทักษะและไม่มั่นใจในการให้คำปรึกษาเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น	จัดทำ Line official ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลที่เป็น Admin และมีความรู้เฉพาะทางสามารถให้คำปรึกษากับผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลเจ้าของไข้ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไม่มั่นใจในการจัดการการดูแล เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล การดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น	จัดทำคลิปวิดีโอในการจัดการ การดูแลที่บ้าน เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง การป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น ส่งให้กับผู้ป่วยผ่าน Line official เพื่อเป็นสื่อการสอน ให้ผู้ดูแลสามารถทบทวนและจัดการการดูแลได้เองที่บ้าน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านภายใน ๑ สัปดาห์

๒. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน

๓. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้านแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยภาวะแทรกซ้อน (ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, การเกิดแผลกดทับ)

๔. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
๑. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านภายใน ๑ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๘๐	๑๐๐
๒. อัตราผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านรูปแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน	≤ ร้อยละ ๕	๐
๓. อัตราผู้ป่วยที่โรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้านรูปแบบพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) กลับมารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันหลังจำหน่ายด้วยภาวะแทรกซ้อน (ปอดอักเสบ, การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ, การเกิดแผลกดทับ)	≤ ร้อยละ ๕	๐
๔. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการบริการ	≥ ร้อยละ ๘๐	๑๐๐

(ลงชื่อ) *พนิช วิกิตสรวิวัฒน์*

(นางชนิษฐา วิกิตสรวิวัฒน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C) ไม่ได้ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิด Type๒ ในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จำนวน ๒ราย ในช่วง ตุลาคม๒๕๖๕ - เมษายน ๒๕๖๖ เป็นเวลา ๖ เดือน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมน อินซูลินไม่เพียงพอหรือดื้อต่ออินซูลิน ส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน และร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้อย่างเหมาะสม โดยปกติ น้ำตาลจะเข้าสู่เซลล์ร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานภายใต้การควบคุมของฮอร์โมนอินซูลิน ในผู้เป็นเบาหวานจะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลที่เกิดขึ้นทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ในระยะยาวจะมีผลในการทำลายหลอดเลือด หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

ในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น มีประชากรในอำเภออยู่ ๔๐,๙๒๖ คน พบมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน ๒,๙๒๖ ราย เป็นผู้ชาย ๙๕๓ ราย เป็นผู้หญิง ๑,๙๗๓ ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ ๒ (Type ๒DM) โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน ประมาณร้อยละ๙๕

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยนอก มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลจึงได้ศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของโอเร็ม (Orem's Self care theory) และทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบ เป็นแนวทางการศึกษา คาดว่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน

เป็นกรณีศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิด Type๒ ในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จำนวน ๒รายในช่วง ตุลาคม๒๕๖๕ - เมษายน ๒๕๖๖ เป็นเวลา ๖ เดือน

๑. ประเมินปัญหา และความต้องการการพยาบาล ตามกรอบแนวคิดแบบแผนการดูแลสุขภาพ
๒. นำข้อมูลที่ได้มาวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาล ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของโอเร็ม (Orem's Self care theory) ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) และและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบ มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลในกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายและเสริมศักยภาพพยาบาลในการดูแล
๓. ปฏิบัติตามแผนงานที่วางไว้
๔. ประเมินผลการพยาบาล
๕. เปรียบเทียบกรณีศึกษา
๖. สรุปและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่๒ โดย

- ๑ เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยในการควบคุมอาหารและการรับประทานยาได้ถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง
๓. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้

๔.๓ สาระสำคัญ

พยาธิสภาพ

ประเภทของโรคเบาหวานโรคเบาหวาน แบ่งออกเป็น ๔ ชนิด ตามสาเหตุของการเกิดโรค

๑. โรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (Type ๑ Diabetes Mellitus, T๑DM) เป็นผลจากการทำลายเบต้าเซลล์ที่ตับอ่อน จากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ส่วนใหญ่พบในคนอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี รูปร่างไม่อ้วน มีอาการปัสสาวะมาก กระหายน้ำ ตื่นน้ำมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและ รุนแรง

๒. โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Type ๒ Diabetes Mellitus, T๒DM) เป็นผลจากการมีภาวะดื้อ ต่ออินซูลิน ร่วมกับการบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด มักพบในคน อายุ ๓๐ ปีขึ้นไป รูปร่าง ท้วมหรืออ้วน ในคนไทยพบประมาณร้อยละ ๙๕ ของผู้เป็นเบาหวานทั้งหมด อาจไม่มีอาการผิดปกติ หรืออาจมี อาการของโรคเบาหวานได้ อาการมักไม่รุนแรง และค่อยเป็นค่อยไป มักมีประวัติโรคเบาหวานชนิดที่๒ ในพ่อ แม่ หรือ พี่น้อง โดยที่ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิด นี้พบมากเมื่อมีอายุสูงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น การขาดการ ออกกำลังกาย และพบมากในหญิงที่มีประวัติการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

๓. โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เป็นโรคเบาหวานที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติ ทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน จากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ จากยา จากการติดเชื้อ จากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันหรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่ม อาการต่างๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะจำเพาะของโรค หรือกลุ่มอาการนั้นๆ หรือมีอาการแสดงของโรคที่ทำให้เกิด เบาหวาน

๔. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์(Gestational Diabetes Mellitus, GDM) เป็นโรคเบาหวาน ที่ตรวจพบจากการ ทำ Glucose Tolerance Test ในหญิงมีครรภ์ ซึ่งภาวะนี้มักจะหายไปหลังคลอด ในกรณีที่มีระดับน้ำตาลที่เข้าได้ กับการวินิจฉัยเบาหวานจากการตรวจครั้งแรกที่คลินิกฝากครรภ์จะถือ ว่าเป็นโรคเบาหวานทั่วไป การวินิจฉัยโรค เบาหวาน

อาการ และอาการแสดง

๑.ปัสสาวะบ่อย (Polyuria) เนื่องจากไตมีความสามารถดูดกลับน้ำตาลไว้ได้ในระดับหนึ่งแต่ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าไม่สามารถดูดน้ำตาลในเลือดที่สูงได้ดังนั้นจึงมีน้ำตาลส่วนหนึ่งออกมาในปัสสาวะ ซึ่งเมื่อมีความเข้มข้นของ ปัสสาวะสูงจึงมีการดึงน้ำตาลมามากกว่าปกติทำให้ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยมากขึ้น

๒.กระหายน้ำมาก (Polydipsia) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกระหายน้ำมาก คอแห้งเป็นผลมาจากการสูญเสีย น้ำ ออกมาทางปัสสาวะร่างกายจึงอยู่ในภาวะขาดน้ำมีการกระตุ้นศูนย์การควบคุมน้ำของร่างกายเกิดการกระหายน้ำ ตามมาได้

๓. ทิวบ่อย และรับประทานจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติทำให้ร่างกาย ขาดพลังงานจึงมีการทิวบ่อยและรับประทานจุตามมา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. น้ำหนักตัวลดลง (Weight loss) จากการที่ร่างกายขาดอินซูลินทำให้ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ตามปกติส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงานร่วมกับการขาดน้ำจากปัสสาวะบ่อยร่างกายจึงมีการนำโปรตีนและไขมันที่สะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทนจึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน มี ๔ วิธีดังต่อไปนี้

วิธีที่ ๑ ผู้ที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน คือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนัก ตัวลดลงโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ สามารถตรวจวัดระดับพลาสมาไกลูโคสเวลาใดก็ได้ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร ถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

วิธีที่ ๒ การตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า \geq ๑๒๖ มิลลิกรัม/เดซิลิตร

วิธีที่ ๓ การตรวจความทนต่อกลูโคส (๗๕ กรัม Oral Glucose Tolerance Test, OGTT) ถ้าระดับพลาสมาไกลูโคส ๒ ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาล \geq ๒๐๐ มิลลิกรัม/เดซิลิตร ให้การวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวาน

วิธีที่ ๔ การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A๑c (HbA๑c) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า ๖.๕% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน วิธีนี้นิยมใช้ในต่างประเทศ เพราะไม่จำเป็นต้องอดอาหาร แต่จะต้องตรวจวัดในห้องปฏิบัติการที่มีมาตรฐานเท่านั้น (NGSP certified and standardized to DCCT assay) ในประเทศไทย ยังไม่แนะนำให้ใช้ HbA๑c สำหรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานโดยทั่วไป เนื่องจากยังไม่มี standardization และ quality control ของการตรวจ HbA๑c ที่เหมาะสมเพียงพอ และค่าใช้จ่ายในการตรวจยังค่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ค่าHbA๑c ๖.๐-๖.๔ % จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเป็นโรคเบาหวาน ๒๕-๕๐ % ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนในผู้เป็นเบาหวานสามารถจำแนกได้เป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน (Acute complication) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจรุนแรงเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ได้แก่ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรดจากสารคีโตน (Diabetic Ketoacidosis,DKA) ภาวะเลือดข้นจากระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมาก (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-ketotic Syndrome, HHNS) ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้

๒. ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง (Chronic complication) หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ตามระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ยิ่งเป็นโรคนานจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้มากขึ้น การเกิดภาวะนี้เป็นผลจากปัจจัยทั้งที่สัมพันธ์กับเบาหวานโดยตรงและปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับเบาหวาน ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดและHbA๑cในเลือด ความดันโลหิต พันธุกรรม ภาวะไขมันสูงในเลือด การสูบบุหรี่ ภาวะอินซูลินสูงในเลือด และภาวะดื้ออินซูลินพบมากในผู้เป็นเบาหวานสูงอายุเพราะมีอายุยืนขึ้น สามารถแบ่งภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังออกเป็น ๒ ประเภท ใหญ่ๆ ดังนี้

๒.๑ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดใหญ่ (Macrovascular complication) เกิดจาก โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) มีปัจจัยร่วมนอกเหนือจากระดับน้ำตาลสูง ได้แก่ ความดัน โลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าคนปกติ ๒-๓ เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลายได้มากกว่าคนปกติ ๔ เท่า ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด เนื้อเยื่อตาย (Gangrene) และเป็นสาเหตุร่วมของการเกิดแผลเรื้อรังที่เท้า (Diabetic foot ulcer) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๒.๒ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดฝอย (Microvascular complication) ภาวะแทรกซ้อน เหล่านี้จะมีอุบัติการณ์สูงขึ้น เมื่อเป็นเบาหวานนานขึ้น เป็นการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดขนาดเล็ก เกิดกับอวัยวะ ๓ ระบบคือ ตา เรียกว่าเบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy) ไต ทำให้เกิดไตเสื่อม หรือไตวาย (Diabetic Nephropathy) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathy) ในปัจจุบันมีหลักฐานที่สนับสนุนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลและค่าความดันโลหิตให้ใกล้เคียงปกติ สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้

การรักษา

การรักษาโรคเบาหวาน เป็นการรักษาที่ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากแพทย์ พยาบาล โภชนากร และที่สำคัญที่สุดคือตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา โดยต้องเข้าใจก่อนว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติที่สุดได้ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้ชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงทำงานประจำได้ตามปกติ หากแต่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ก็จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้มาก

การควบคุมอาหาร

การรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการควบคุมอาหารมีความสำคัญมากในการลดระดับน้ำตาลในเลือดและถือเป็นการรักษาหลักที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรเข้าใจและปฏิบัติอย่างถูกต้อง โดยอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานได้อย่างไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ขาว เป็นต้น อาหารบางชนิดที่สามารถรับประทานได้ในปริมาณจำกัด เช่น ผลไม้ แนะนำให้รับประทานผลไม้ชนิดหวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ แก้วมังกร เป็นต้น

การออกกำลังกาย

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานการออกกำลังกายก็เป็นอีกหนึ่งวิธีการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้อินซูลินทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แนะนำว่าควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิค เช่น วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยานอย่างน้อย ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์

การใช้ยา

การรักษาโรคเบาหวานโดยการใช้ยา แพทย์จะพิจารณาจากชนิดของโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๑ ควรรักษาด้วยการฉีดอินซูลินเท่านั้น ส่วนในเบาหวานชนิดที่ ๒ แพทย์จะพิจารณาตามความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อน โอกาสการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ และเศรษฐกิจของผู้ป่วยเพื่อประกอบการพิจารณาในการเลือกใช้ยา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

ผลการศึกษา			
<p>การศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี โดยการศึกษานี้ได้ใช้กระบวนการพยาบาล เสนอผลการศึกษาเป็น ๓ ส่วน คือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผนพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล และการติดตามประเมินผลดังนี้</p> <p>ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย</p> <p>๑.การประเมินภาวะสุขภาพ</p> <p>ตารางที่ ๑ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา</p>			
รายการ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	การวิเคราะห์
๑ ข้อมูลทั่วไป	<p>-ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๘ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ ๓ อาชีพค้าขาย สถานภาพ คู่</p> <p>- อาการสำคัญ เหนื่อยเพลีย มา ๑ วัน</p> <p>-ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๑ วันก่อนมา มาหลังนัด คลินิกโรคเรื้อรัง มีอาการเหนื่อยเพลียรับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่ค่อยหลับ</p> <p>-ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ๑๐ ปีก่อน มีอาการ เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อย ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า มาตรวจที่โรงพยาบาล กุดข้าวปุ้น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มารับยาโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว</p> <p>มารดาป่วยเป็นเบาหวาน เสียชีวิตแล้ว</p>	<p>-ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๖๒ ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพ ทำนา สถานภาพ คู่</p> <p>- อาการสำคัญ เหนื่อย ปากแห้งก่อนมา ๒ วัน</p> <p>-ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๒วันก่อนมาเหนื่อยเพลีย ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย วันนี้มาตรวจตามนัด ยังเหนื่อยเพลียเล็กน้อย</p> <p>-ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ๑๕ ปีก่อน มีอาการ เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ชาบริเวณปลายมือปลายเท้า มาตรวจที่โรงพยาบาล กุดข้าวปุ้น แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมารับยาโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น</p> <p>ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว</p> <p>มารดาป่วยเป็นเบาหวาน เสียชีวิตแล้ว</p>	<p>ผู้ป่วยทั้งสองราย มีพื้นฐานใกล้เคียงกัน วิถีชีวิตคล้ายกัน และมีประวัติโรคทางพันธุกรรมเหมือนกัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๑.การประเมินภาวะสุขภาพ			
ตารางที่ ๑ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)			
รายการ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	การวิเคราะห์
๒. การวินิจฉัย (Diagnosis)	Diabetes mellitus type ๒ with DLP	Diabetes mellitus type ๒ with DLP with hypertension	เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ และไขมันในเลือดเหมือนกัน
๓. การตรวจร่างกาย	V/S BT=๓๖.๕ C,PR=๗๘ ครั้ง/นาที RR=๑๘ ครั้ง/นาที BP=๑๒๔/๗๘ mmHg BMI=๒๕.๘ General appearance : normal HEENT: Not pale , no jaundice , cervical lymphnode - ve. Lungs : Clear Abdomen. : soft not tenderness Neurological : Good consciousness , Motor power ปกติ Extremities : No edema , No cyanosis	V/S BT=๓๖.๕ C,PR=๘๒ ครั้ง/นาที RR=๑๘ ครั้ง/นาที BP=๑๔๐/๙๐ mmHg BMI=๒๕.๙ General appearance : normal HEENT: Not pale , no jaundice , cervical lymphnode - ve. Lungs : Clear Abdomen. : soft not tenderness Neurological : Good consciousness , Motor power ปกติ Extremities : No edema , No cyanosis	การตรวจร่างกายปกติ
๔. ข้อมูลภาวะสุขภาพ	-เป็นโรคเบาหวาน และไขมันในเส้นเลือด มา ๑๐ ปี ได้รับการรักษาด้วยยาแบบรับประทาน -มีขาตามปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง -มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน BMI ๒๕.๘ -มีตาพร่ามัว	-เป็นโรคเบาหวาน และไขมันในเส้นเลือด มา ๑๕ ปี ได้รับการรักษาด้วยยาแบบรับประทาน เริ่มมีความดันโลหิตสูงมา ๑๐ ปี -มีขาตามปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง -มีตาพร่ามัว -ปวดเข่า เดินลำบาก	มีภาวะสุขภาพในเรื่องการช่วยเหลือตนเอง การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๑.การประเมินภาวะสุขภาพ			
ตารางที่ ๑ ผลการประเมินภาวะสุขภาพ : เปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)			
รายการ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	การวิเคราะห์
๕.ข้อมูลลักษณะพื้นฐานผู้ป่วยเบาหวาน	-พฤติกรรมการดูแลตัวเองไม่เหมาะสม น้ำหนักเกิน -มีความเสี่ยง เรื่องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไตเสื่อมเพิ่มขึ้น	วิตกกังวลเรื่องตาพร่ามัว -พฤติกรรมการดูแลตัวเองไม่เหมาะสม น้ำหนักเกิน -มีความเสี่ยง เรื่องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไตเสื่อมเพิ่มขึ้น -มีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองแตกจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงและไขมันในเส้นเลือด	ผู้ป่วยทั้งสองรายยังมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีจากพฤติกรรมที่ยังชอบรับประทานอาหารรสหวาน และขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

ตารางที่ ๒ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบ			
แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	การวิเคราะห์
แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการจัดการ สุขภาพ	-ความเข้าใจและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่ เหมาะสม (อาหาร การออก กำลังกาย) -อาจได้รับอันตรายจากตา พร่ามัว	-ความเข้าใจและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่ เหมาะสม (อาหาร การออก กำลังกาย) -อาจได้รับอันตรายจากตา พร่ามัว -มีความวิตกกังวลเรื่องปวด เข่า เดินลำบาก	ผู้ป่วยทั้งสองรายยังขาด ความเข้าใจในการดูแล ตัวเองจากโรคที่เป็นอยู่
แบบแผนที่ ๒ โภชนาการ	-พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ เหมาะสม -มีภาวะอ้วนน้ำหนักเกิน	-พฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ เหมาะสม	ยังมีพฤติกรรมการ บริโภคอาหารที่ไม่ เหมาะสมทั้งสองราย
แบบแผนที่ ๓ การขยับเขยื้อน	-ปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน เป็นบางครั้ง	-ขยับเขยื้อนปกติ ปัสสาวะออกดี	ขยับเขยื้อนปกติ การทำงาน ของไตดี
แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการ ออกกำลังกาย	-ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำงานบ้านได้ -ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง	-ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำงานบ้านได้ ปวดเข่า ทำงานลดลง - ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง	ยังสามารถทำงาน และ กิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ การออกกำลังกายยังทำ ได้น้อย
แบบแผนที่ ๕ การนอนหลับพักผ่อน	-นอนหลับๆตื่นๆ ในบางวัน	-นอนหลับๆตื่นๆ ในบางวัน	นอนไม่ค่อยหลับใน บางครั้งจากการมีเรื่อง เครียดเรื่องการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการ เดินทางมาโรงพยาบาล
แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้	-พูดคุย ได้ตอบได้เข้าใจ	พูดคุย ได้ตอบได้เข้าใจ	การสื่อสารปกติ
แบบแผนที่ ๗ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง	-วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการ ขาบริเวณปลายมือ ปลาย เท้า -ไม่สนใจในการดูแลระดับ น้ำตาลในเลือดของตนเอง	-วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการ ขาบริเวณปลายมือ ปลาย เท้า -ไม่สนใจในการดูแลระดับ น้ำตาลในเลือดของตนเอง -กังวลเรื่องปวดขา เดิน ลำบาก	ยังขาดความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการแทรก ซ้อนของโรคเบาหวาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

ตารางที่ ๒ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบ			
แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ ๑	ผู้ป่วยรายที่ ๒	การวิเคราะห์
แบบแผนที่ ๘ บทบาท/สัมพันธ์ภาพ	-เป็นกำลังหลักในการ ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว	-อยู่บ้านเลี้ยงหลาน มี สมาชิกในบ้านเป็นกำลัง หลักในการหาเงิน	ผู้ป่วยรายที่ ๑ ยังต้อง ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว เป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ป่วย ขาดนัดในบางครั้ง ผู้ป่วยรายที่ ๒ มีสมาชิกใน ครอบครัวเป็นคนหา รายได้ ทำให้สามารถมา ตามนัดที่โรงพยาบาลได้ สม่ำเสมอ
แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์	-หมดประจำเดือนแล้ว	หมดประจำเดือนแล้ว	-
แบบแผนที่ ๑๐ การเผชิญปัญหาและความ อดทนต่อภาวะเครียด	-เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยกับ สามี และไปคุยกับเพื่อน บ้านบางครั้ง	-เมื่อมีปัญหาจะพูดคุยกับ สามี และไปคุยกับเพื่อน บ้านบางครั้ง	ผู้ป่วยทั้งสองรายมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี
แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ	-มีความเชื่อตามหลัก ศาสนาพุทธ	-มีความเชื่อตามหลัก ศาสนาพุทธ	-
<p>๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)</p> <p>กรณีศึกษารายที่ ๑ ผู้ป่วย DM type ๒ with DLP ได้รับยา Metformin ๕๐๐ mg และ Simvastatin ๒๐ mg รับประทาน ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ขาดนัดเป็นประจำ การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยเป็นไป ด้วยความยากลำบากการดูแลตัวเองไม่เหมาะสม การให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C) ทำให้ในผู้ป่วยรายนี้ระดับน้ำตาลสะสม HbA๑C ได้ ๙.๒๓ และ ๑๐.๐๔ พบว่าระดับน้ำตาลสะสมยังเพิ่มสูงขึ้น</p> <p>กรณีศึกษารายที่ ๒ ผู้ป่วย DM type ๒ with DLP with HT ได้รับยา Metformin ๕๐๐ mg , Simvastatin ๒๐ mg และ Amlodipine ๕ mg พบว่าการสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นไปด้วยดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นไปได้ดี ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนพฤติกรรมต่างกำหนด วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก้ไขปัญหาและดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C) ทำให้ในผู้ป่วยรายนี้ระดับน้ำตาลสะสม HbA๑C ได้ ๑๐.๙๑ เป็น ๖.๙๔ พบว่าระดับน้ำตาลสะสมดีขึ้น</p>			

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีจุดเด่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความสำคัญกับการประเมินและแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นรายบุคคล มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ควรส่งเสริมให้คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลจัดรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย พัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ผู้ป่วยเบาหวานมีภารกิจเนื่องจากภาระเศรษฐกิจไม่ดีทำให้ไม่มีเวลาเข้ากลุ่มได้เต็มเวลา
๒. ผู้ป่วยเบาหวานขาดแรงจูงใจและแรงสนับสนุนในการควบคุมเบาหวานแก้ไขโดยสร้างเสริมให้เกิดแรงจูงใจ สร้างความตระหนักและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้กลวิธีในการค้นหาปัญหา โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และพร้อมให้คำปรึกษาช่วยเหลือขอความร่วมมือกับบุคคลในครอบครัว
๓. เป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self - Care Theory) และทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ๑๑ แบบ

๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ด้านผู้ป่วย เป็นผู้สูงอายุ มีภาระทางเศรษฐกิจ การเข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง
๒. พยาบาลวิชาชีพยังมีจำนวนน้อย ทำให้การติดตามผู้ป่วยไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง

๙.ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C)ไม่ได้: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย สามารถสรุปและนำไปใช้ได้ดังนี้

๑.ด้านการปฏิบัติพยาบาล

นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีจุดเด่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความสำคัญกับการประเมินและแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นรายบุคคล มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ร่วมกัน

๒.ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดทำโครงการโรงเรียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในการส่งเสริมให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และสามารถลดขนาดยา หรือ/และหยุดยาเบาหวาน โดยใช้การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแทนได้

๓.ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลจัดรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย พัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานยิ่งขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี ๒๕๖๗ (Change and Challenges in the Next Normal) วันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม ๓ ชั้น ๔ อาคาร ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) ไม่มี

๑) นางสาวภาวนา จูมวันทา

สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวภาวนา จูมวันทา.)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๘ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑) นางสาวภาวณา จูมวันทา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสุรียพร โสภากุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายสุกฤกษ์ ศรีคำ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางโครงสร้าง หรือหน้าที่ของไตเป็นระยะเวลาานเกิน ๓ เดือน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้าน สาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง เพิ่มขึ้นในอนาคตอย่างมาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอ ไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดี และผู้ป่วยที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เกิดจากเป็น เบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง และหากไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะยิ่งทำให้ไตเสื่อมเร็วยิ่งขึ้น

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease, CKD) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕) หมายถึง ภาวะ ที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางโครงสร้าง หรือหน้าที่ของไตเป็นระยะเวลาานเกิน ๓ เดือนซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ เป็น โรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับ การรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายระยะสุดท้าย (End Stage Kidney Disease, ESRD) ซึ่งจำเป็น ต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทาง ช่องท้อง แบบต่อเนื่องหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานและมีโอกาสเสียชีวิตสูง สถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทั้งสิ้นมากกว่า ๑๗๐,๐๐๐ ราย และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ ๑๙,๐๐๐-๒๒,๐๐๐ ราย ซึ่งเป็น จำนวนที่แสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต เท่านั้น ยังไม่ได้รวมกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ระยะแรกๆ ซึ่ง คาดว่ามีจำนวนมากกว่า ๘ ล้านคนทั่วประเทศ จากอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรัง และโรคไตวาย ระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ทำให้โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในอนาคตอย่าง มาก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะ สุดท้าย โดยควรให้การดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอการเสื่อมของไตให้ได้ผลดีการแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง แบ่งเป็น ๕ ระยะ

โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หมายถึง โรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ที่มีระดับอัตราการกรองของไตต่ำกว่า ๕ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๕)

ในอำเภอกุดข้าวปุ้น จากสถิติ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ พบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง ดังนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๓๘๒ ราย ๔๒๕ ราย ๔๕๔ ราย และ๕๒๑ ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑๖๗๒ ราย ๑๗๗๑ ราย ๑๙๑๗ ราย และ ๑๙๖๘ รายตามลำดับ และจากสถิติพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ จากปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ เพิ่มขึ้น ดังนี้ ๗๕๑ ราย, ๗๐๔ ราย, ๖๑๗ราย และ ๖๒๕ รายตามลำดับ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคไตวายเรื้อรัง ในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไต โดยมีตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องหรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และโดยปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง เฉลี่ยประมาณ ๒๕๐,๐๐๐ บาทต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายด้วยยา ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ

ในโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่า ๑๕๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ถ้าไม่มีการดูแลอย่างเหมาะสม

แนวคิด

จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่โรคจะดำเนินเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังในระยะที่ ๓ - ๕ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า กลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ ๓ ถ้ายังไม่ได้รับการ ดูแลที่เหมาะสมหรือได้รับการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนได้อย่างครอบคลุมมิติ ขาดการประสาน การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเต็มรูปแบบ ด้านผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไตวายเรื้อรัง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมไม่สามารถจัดการตนเองได้ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาและออกกำลังกาย อาจส่งผลให้อัตราการครองชีพลดลง จนเกิดภาวะไตวาย เรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต ในการชะลอความเสื่อมของไตจึงจำเป็นต้องบูรณา แนวทางกระบวนการต่างๆเพื่อนำมาออกแบบ การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประยุกต์ แนวคิดการจัดการตนเองมาใช้เป็นแนวทางชะลอความเสื่อมของไต เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วย เกิดกระบวนการ ตัดสินใจและตั้งเป้าหมายกับตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

กรอบแนวทางการดำเนินการโดยการนำกระบวนการ PDCA มากำหนดขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

๑. ขั้นตอนการวางแผน (PLAN)

๑.๑ จัดประชุมเตรียมขณะทำงานโดยมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่เทคนิคทางการแพทย์

๑.๒ จัดเตรียมความพร้อมของสื่อและอุปกรณ์ เช่นสื่อการสอน แผ่นพับ ภาพพลิก วีดิทัศน์ คู่มือการปฏิบัติตัว สมุดจดบันทึกสุขภาพ

๑.๓ ชี้แจงแผนการปฏิบัติให้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อระดมความเห็นในหน้าที่ ขอบเขตปฏิบัติในแต่ละสาขาวิชาชีพต่อผู้ป่วยตามขั้นตอน

๒. ขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (DO)

เมื่อมีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ สื่อการสอน เอกสาร คู่มือต่างๆ สมุด บันทึกของผู้ป่วยและเตรียมทำความเข้าใจในบทบาทของเจ้าหน้าที่แต่ละสาขาวิชาชีพแล้วกระบวนการ ต่อไปเป็นการลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนที่กำหนดโดยผู้ป่วยเมื่อได้รับการคัดกรองแยกกลุ่มตามแนว ทางการคัดกรองผู้ป่วยไตวายเรื้อรังแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการพบกับเจ้าหน้าที่ในสาขาวิชาชีพต่างๆคือ

๒.๑ พยาบาลจะซักประวัติ อาการ อาการแสดง ประเมินอาการผู้ป่วย การจัดการตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หลักการดูแลสุขภาพตนเอง วางแผนร่วมกับผู้ป่วยใน การตั้งเป้าหมาย

๒.๒ นักโภชนาการให้ข้อมูลการรับประทานอาหารที่เหมาะสม นำข้อมูลจาก การซักประวัติ อาการ การประเมิน

อาการของผู้ป่วยปัญหาที่พบมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภค เช่น การใช้เครื่องปรุง อาหารแปรรูป ฯลฯ

๒.๓ เกสัชกรให้ข้อมูลการใช้ยา ยาตัวอย่างที่ควรหลีกเลี่ยง เช่นยาสมุนไพร ยาแก้ปวด ยาชุด ประเมินและตรวจสอบการใช้ยาในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

๒.๔ นักกายภาพบำบัดสอนสาธิตการเหยียดกล้ามเนื้อ รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสม

๒.๕ แพทย์ให้ความรู้ระยะของโรคไตวายเรื้อรัง ให้การรักษาตามแนวทาง ปรับการรักษารายบุคคล

๓ ขั้นตอนการตรวจสอบ (CHECK)

ขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์ของการจัดรูปแบบการให้บริการ หลังจากบูรณาการของทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกับโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยแล้ว นำผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดทำโครงการบูรณาการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังโดยสหสาขาวิชาชีพ นำเสนอคณะกรรมการบริหารจัดการโรคไตวายเรื้อรังโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น พิจารณาความสำเร็จของโครงการเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการดำเนินงานตามโครงการ เพื่อปรับกลยุทธ์ในการดำเนินงานต่อไป

๔ ขั้นตอนการปฏิบัติการแก้ไข (ACT)

นำผลจากการพิจารณาความสำเร็จของโครงการข้อมูลที่เป็นประโยชน์และข้อจำกัด มาจัดทำหรือปรับกลยุทธ์ เพื่อโอกาสในการจัดทำโครงการต่อไป

ข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้น

๑. แนวทางการดูแลต้องมีการทบทวนและปรับตามมาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทั้งมีการสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่อง

๒. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ซึ่งมีความหลากหลายด้านองค์ความรู้และประสบการณ์เพื่อการบูรณาการการดูแล

๓. การยอมรับและเข้าใจความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน พร้อมปรับเปลี่ยนกระบวนการบริการเพื่อการเข้าถึงบริการของผู้รับบริการส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการรับบริการ

๔. การเสริมพลังโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มผู้ป่วยโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้นำให้คำปรึกษาส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกำลังใจในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการจัดพื้นที่และเวลาให้เหมาะสมในคลินิกผู้ป่วยนอก เพื่อการสอน สาธิต และการให้ คำปรึกษากับผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ

๒. ควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๓. ควรมีแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ พร้อมแนวทางการส่งต่อเพื่อการดูแล โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๔. ควรกำหนดบทบาทของ case manager ที่ชัดเจน และบริหารจัดการให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

นำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่มีจุดเด่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความสำคัญกับการประเมินและแก้ไขปัญหาเฉพาะเป็นรายบุคคล มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

๒. ด้านการศึกษาพยาบาล

จัดทำโครงการการพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ในการส่งเสริมให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสามารถลดขนาดยา หรือ/และหยุดยาเบาหวาน ความดันโลหิต โดยใช้การควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแทนได้

๓. ด้านการบริหารการพยาบาล

โรงพยาบาลจัดรูปแบบการพยาบาลที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย พัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสามารถให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานยิ่งขึ้น

๕. ตัวชี้วัด

๑. ผู้ป่วย เบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรอง โรคไตเรื้อรัง > ร้อยละ ๘๐
๒. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๑-๔ มี BP < ๑๔๐/๙๐ mmHg > ร้อยละ ๘๐
๓. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๑-๔ ได้รับยาในกลุ่ม ACEi/ARB > ร้อยละ ๖๐
๔. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๑-๔ ที่มีโรคเบาหวานร่วมมีค่า HbA1c ๖.๕- ๗.๕ > ร้อยละ ๔๐
๕. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๓-๔ กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยาในกลุ่ม Statin > ร้อยละ ๖๐
๖. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ ๓-๔ มีอัตราการลดลงของ eGFR ร้อยละ ๖๖
๗. ร้อยละผู้ป่วยไตได้รับการตรวจ serum K และมีค่าผลการตรวจ < ๕.๕ mEq/L > ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)

(นางสาวภาวนา จูมวันทา.)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๘ / มกราคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

(4) ด้านบริการ (ต่อ)

ด้านการพยาบาลของผู้ป่วยตามความสามารถและอัตราค่าสิ่งที่มีให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4.6 ติดตามและดำเนินการให้มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้บริการพยาบาล พร้อมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผล และทบทวนการวางแผนการรักษา

4.7 นิเทศ ติดตาม ช่วยเหลือ และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน เพื่อให้บริการพยาบาลได้ตามมาตรฐานที่กำหนดและมีคุณภาพ

4.8 ประชุมนิเทศผู้เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน และผู้ที่มาฝึกปฏิบัติงาน

4.9 ให้คำปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านการปฏิบัติงานเชิงวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ระดับรองลงมา รวมถึงนักศึกษาทุกหลักสูตร เป็นวิทยากรในการอบรมต่างๆ ของหน่วยงาน ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ กุมภาพันธ์ 2566 – กันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้

3.1.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction หรือ AMI) เป็นอาการแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic heart disease) และเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดใอเมริกา และประเทศแถบตะวันตก สำหรับในประเทศไทยอัตราการตายจากโรคนี้กำลังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนเมือง ในปีหนึ่งๆมีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ตายอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (Heart attack) ก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล

สำหรับปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เหมือนกับปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบ

สาเหตุและพยาธิสภาพ

สาเหตุที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อยที่สุด คือมีการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary atherosclerosis) อย่างสมบูรณ์ เซลล์กล้ามเนื้อของหัวใจไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงเพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้ ทำให้เมตาบอลิซึมของเซลล์ต้องหยุดลง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องตายไป ในหลอดเลือดที่อุดตันนี้พบว่ามี thrombus อยู่ และเชื่อว่า thrombus ที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากการตีบแคบของหลอดเลือด ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด thrombus ได้คือ เลือดไหลเวียนช้า ผู้ป่วยที่มี atherosclerosis หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบซึ่งทำให้เลือดไหลผ่านน้อยอยู่แล้ว เมื่อเกิดอาการช็อคหรือหัวใจวาย ทำให้เลือดไหลช้าและน้อยลงไปอีก จึงเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ

หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื้อเยื่อของหัวใจจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆดังนี้

บริเวณที่ตายจะปรากฏชัดเจน ภายใน 5-6 ชั่วโมงหลังจากหลอดเลือดโคโรนารีถูกอุดตัน และภายใน 24 ชั่วโมง จะมีเม็ดเลือดขาวชนิดโพลีมอร์ฟนิวเคลียร์มาแทรกซึมเพื่อกลืนกินเซลล์ที่ตาย ในวันที่ 4-5 หลอดเลือดรอบๆบริเวณที่มีพยาธิสภาพจะขยายใหญ่ขึ้นและมีพวก fibroblast มาแทรกซึมอยู่ในบริเวณเซลล์ที่ตาย บริเวณที่มีการบาดเจ็บ (injury) อาจจะตายหรือดีขึ้นกลายเป็นเพียงขาดเลือด เนื่องจากภายใน 2-3 สัปดาห์

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)
 fibroblast จะสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย ระบบไหลเวียนรอบๆจะขยายโตขึ้น
 เรื่อยๆในระยะนี้บริเวณที่บาดเจ็บจะกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ การสร้าง fibrous tissue จะใช้เวลา 2-3
 เดือน บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจึงจะกลายเป็นแผล

บริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายบ่อยที่สุดคือ ผนังด้านหน้าของเวนทริเคิลซ้าย (anterior wall of the
 left ventricle) ซึ่งเกิดเนื่องจากการอุดตันของแขนงหลอดเลือดแดงโคโรนารีซีกซ้าย (Descending
 branch ของ Left coronary artery)

นอกจากนั้น กล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ตามชั้นของกล้ามเนื้อหัวใจ คือส่วน
 ใต้เยื่อชั้นใน (subendocardium) และ Transmural ชนิด Transmural จะมีการตายทุกชั้นของ
 กล้ามเนื้อหัวใจ และประมาณร้อยละ 40 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น Transmural และร้อยละ 90
 ของการตายแบบ Transmural เกิดเนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอุดตันส่วนในพวกที่ตายส่วน
 ใต้เยื่อชั้นในจะเป็นเฉพาะส่วนใต้ ไม่ลุกลามถึงชั้นในสุด (endocardium) หรือนอกสุด (epicardium)
 ซึ่งเชื่อว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดนี้มีถึงร้อยละ 60 และเชื่อว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายทุกรายเริ่มที่ส่วนใต้เยื่อ
 ชั้นในก่อน ส่วนการตายแบบ Transmural เป็นผลจากการตายที่ส่วนใต้เยื่อชั้นใน และการตายของ
 กล้ามเนื้อได้แผ่ขยายกว้างขึ้น การตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่มีขอบเขตจำกัดเฉพาะส่วนใต้เยื่อชั้นใน อาจไม่ได้
 เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เกิดจากเอ็มโบลยูก้อนเล็กๆหรือเกิดจาก
 ความไม่สมดุลกันระหว่างความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจกับออกซิเจนที่ไปเลี้ยง ส่วนใต้เยื่อชั้นใน
 เป็นบริเวณที่เกิดการตายได้ง่าย เนื่องจากมีองค์ประกอบสองอย่างด้วยกันคือ มี myofibrin ที่ยาวที่สุดใน
 หัวใจ ความต้องการออกซิเจนจึงมากที่สุด เนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจทอดอยู่บน epicardium
 ฉะนั้น epicardium จึงได้รับออกซิเจนที่ดีกว่า endocardium ในขณะที่ subendocardium ต้องการ
 ออกซิเจนมากกว่าเซลล์อื่นๆของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เลือดที่ไปเลี้ยงกับมีออกซิเจนต่ำที่สุด นอกจากนั้นใน
 ระหว่างที่หัวใจบีบตัว ความดันใน subendocardium ที่สูงและการหดตัวทำให้เลือดไปสู่
 subendocardium ไม่ได้ เมื่อเกิดการบาดเจ็บต่อ subendocardium จึงมีโอกาสที่จะแผ่ขยาย และทำให้
 กล้ามเนื้อตายได้ เซลล์ที่ถูกทำลายจะบวมและมีก้อนเลือดอุดตันจะก่รอบๆ subendocardium ,
 endocardium และ epicardium องค์ประกอบเหล่านี้จะทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ
 เพิ่มขึ้น ซึ่งยิ่งทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณที่เกิดบาดเจ็บและบริเวณที่ใกล้เคียงมากขึ้น

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายอาศัยหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. อาการและอาการแสดง

- 1.1 เจ็บหน้าอกรุนแรงเกิดขึ้นทันทีทันใดได้กระตุกสิ้นปรี๊วไปที่หัวไหล่ คอ ใต้คางและแขนโดยเฉพาะ
 ด้านซ้าย แต่อาจจะร้าวไปด้านขวาด้วย ลักษณะการเจ็บมักจะเหมือนถูกบีบ หรือมีของหนักทับต่าง
 กับ Angina pectoris ตรงที่ความเจ็บปวดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะไม่บรรเทาลงโดยการใช้นิ
 โตรกลีเซอรินหรือโดยการพักและกว่าจะหายปวดต้องใช้เวลา นาน มักจะนานกว่า 30 นาที
- 1.2 ในผู้ป่วยบางราย ความเจ็บปวดมักจะร่วมกับอาการช็อค ซีด เหงื่อออก เป็นลม ความดันโลหิตต่ำ
 มากอย่างรวดเร็ว ซีฟจรเบา เชื่อว่าการช็อคเกิดเนื่องมาจากการลด cardiac output อย่าง
 รวดเร็ว ทำให้เกิดการไหลเวียนของโลหิตไปสู่อวัยวะส่วนปลายไม่เพียงพอ ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึกรู้ตัวใน
 ระยะเริ่มต้นที่เกิด เมื่อผู้ป่วยฟื้นจึงรู้สึกปวดหน้าอก
- 1.3 บางครั้งผู้ป่วยอาจรู้สึกคลื่นไส้และอาเจียน มากกว่าเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาหารไม่ย่อย
- 1.4 ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลัว กระสับกระส่ายเกิดขึ้นเสมอ นอกจากผู้ป่วยช็อคอย่างมากจนไม่สามารถ
 ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆได้ ผู้ป่วยส่วนมากมักจะทราบถึงความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกเป็น

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)
 อย่างดี ถ้าเคยเป็นมาแล้ว และจะมีความวิตกกังวลและกลัวเมื่อมีอาการเกิดขึ้น

1.5 อาจจะมีอาการของภาวะหัวใจเวเนทรีเคิลซ้ายล้มเหลวคือ หอบเหนื่อย เขียวและไอ ถ้าหากว่าการ
 บีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ดีและมีเลือดคั่งในปอด

มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือตายอย่างเฉียบพลัน โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Silent infarct) ได้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มี neuropathy และในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานาน เมื่อเกิด
 ภาวะช็อคจากการติดเชื้อซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบบ่อย จะเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจ
 ขาดเลือด หรือตายได้สูง เนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีของผู้ป่วยมี Atherosclerosis เลือดไหลผ่านได้
 น้อยอยู่แล้วเมื่อเกิดภาวะช็อค เลือดจึงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่
 ถ้าสังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หรือเหนื่อยผิดปกติ จะต้องนึกถึงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายไว้ก่อน
 เสมอ

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ECG จะพบความผิดปกติ คือ ST ยกสูงขึ้น (elevation) แต่ใน
 ระยะแรกผู้ป่วยบางรายอาจมี ECG ปกติ เพราะฉะนั้นถ้าผู้ป่วยมีประวัติชัดเจนควรรับผู้ป่วยไว้รักษา
 ในโรงพยาบาลก่อน

3. การตรวจระดับเอนไซม์ เอนไซม์ที่ถูกปล่อยออกมาจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ได้แก่ Creatine
 phosphokinase (CPK) จะสูงขึ้นก่อนเอนไซม์ชนิดอื่น แต่จะลงมาสู่ระดับปกติใน 48-72
 ชั่วโมง CPK ที่พบเฉพาะเป็นส่วนใหญ่ในกล้ามเนื้อหัวใจคือ CPK - MB ซึ่งจะพบสูงภายใน 2-4
 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย Serum glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT)
 จะขึ้นสูงในวันที่ 2 และจะลงในระดับปกติในวันที่ 4-5 ส่วน Lactic Dehydrogenase (LDH)
 จะเริ่มสูงขึ้นช้ากว่าเอนไซม์อื่น แต่จะสูงอยู่นานกว่าคือประมาณ 7-10 วัน ระดับเอนไซม์จะบอก
 ถึงปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น ถ้าสูงกว่าค่าปกติมากกว่า 10 เท่าแสดงถึงการตาย
 ขนาดใหญ่ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมา

4. ตรวจนับเม็ดเลือดขาว อาจพบสูงกว่าปกติ

5. ผลการตรวจเลือดอย่างอื่น อาจพบน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งอาจจะเกิดจากภาวะเครียดมักจะเป็น
 ชั่วคราว

6. ภาพรังสีปอดและหัวใจ ในรายที่มีภาวะหัวใจวายอาจพบหัวใจโต
 ภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ (Cardiacarrhythmias)

ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถึงแก่กรรมได้มากที่สุดและมักพบภายใน
 12 ชั่วโมงแรก การเต้นของหัวใจผิดจังหวะเกิดจากการทำลายของ conduction system ทำให้รบกวนการ
 ส่งคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ ซึ่งพบได้ตั้งแต่หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลา (Premature ventricular
 contraction หรือ PVC) พบร้อยละ 70-80 และถ้าเป็นชนิดที่อันตราย คือเกิดเต้นเองก่อนเวลาบ่อย
 มากกว่า 5-6 ครั้งต่อนาที หรือ PVC ที่เกิดบน T Wave ของ ECG หรือเกิดติดๆกันอาจทำให้เกิด
 ventricular tachycardia หรือหัวใจเต้นระริก (fibrillation) ได้ หรืออาจเกิด heart block หัวใจเต้นช้า
 กว่าปกติ cardiac output ลดลงจนถึงขั้นอันตรายได้ พวกกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณ inferior wall
 มักจะเกิดหัวใจเต้นช้า และเกิด complete heart block ได้มากกว่าพวก anterior wall การพยากรณ์
 โรคของกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณ inferior wall ดีกว่า anterior wall

พยาบาลต้องคอยเฝ้าดู ECG ที่ monitor ไว้ หรือถ้าไม่มี monitor ต้องจับชีพจรหรือฟังอัตราการ
 เต้นของหัวใจบ่อยๆเต็มหน้าที่ ถ้าอัตราเร็วหรือจังหวะการเต้นผิดปกติไปจากเดิมจะต้องรีบรายงานแพทย์ด่วน
 นอกจากนั้นจะต้องเตรียมพวดยาที่ใช้ในภาวะฉุกเฉินของหัวใจไว้ให้พร้อม เช่น Xylocain สำหรับรักษา

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

Premature ventricular contraction ซึ่งแพทย์อาจจะสั่งไว้ให้ได้เลยถ้าผู้ป่วยเกิด PVC พวก Atropine SO4 หรือ Isuprel สำหรับเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เครื่อง Defibrillator ที่จะช็อคหัวใจผู้ป่วยเมื่อเกิด ventricular fibrillation ในบางแห่งพยาบาลจะช็อคหัวใจผู้ป่วยได้ทันที ซึ่งแพทย์จะต้องให้สิทธิเอาไว้ในผู้ป่วยแต่ละราย

2. ภาวะหัวใจวาย (Heart Failure)

จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้มากขึ้นเนื่องจากสามารถลดอัตราการตายจากการเต้นของหัวใจผิดปกติ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าบริเวณที่กล้ามเนื้อตายไม่สามารถทำงานได้มากกว่าร้อยละ 40 อาจจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายหรือช็อคจากหัวใจได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายหรือขาดเลือดมาเลี้ยงจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว นอกจากนั้นบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเกิดโป่งพอง (Ventricular aneurysm) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวเลือดจะไปคั่งอยู่บริเวณที่โป่งพอง ทำให้ cardiac output ลดลง ซึ่งทำให้เกิดกลไกชดเชย เพื่อที่จะสนองความต้องการออกซิเจนและอาหารเพื่อการเผาผลาญของร่างกาย อาการแสดงที่เป็นสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยกำลังเกิดภาวะหัวใจวาย เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับกลไกการชดเชย และการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและการไหลเวียนของเลือด ซึ่งแบ่งออกได้เป็น

2.1 อาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในภาวะอื่นที่ไม่ใช่ภาวะหัวใจวายแต่ถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการเหล่านี้ พยาบาลจะต้องให้ความสนใจและนึกถึงภาวะแทรกซ้อนนี้ อาการแสดงเหล่านี้ คือ

อ่อนเพลียไม่มีแรง กระสับกระส่าย ซึ่งกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มักจะเกิดบริเวณหัวใจเวนทริเคิลซ้าย ทำให้หัวใจไม่สามารถจะบีบเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอ จึงต้องคอยหมั่นสังเกตและไต่ถามผู้ป่วย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกแน่นท้อง เนื่องจากหัวใจเวนทริเคิลซ้ายวายมักจะทำให้เวนทริเคิลขวายายตามมา เกิดเลือดคั่งตามอวัยวะต่างๆในช่องท้อง จึงเกิดอาการดังกล่าว

2.2 อาการจากหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองของซิมพาเทติก จาก cardiac output ลดลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและหัวใจบีบตัวแรงขึ้น พวกหลอดเลือดปลายหดตัวเพื่อไล่เลือดกลับหัวใจมากขึ้น พาราซิมพาเทติกถูกยับยั้ง ยิ่งทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที เป็นเครื่องชี้ถึงภาวะหัวใจวาย และถ้าหัวใจยิ่งเต้นเร็วมากขึ้น จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจยิ่งเป็นอันตรายมากขึ้น นอกจากนั้นในภาวะหัวใจวายอาจจะพบว่าหัวใจเต้นแรงไม่สม่ำเสมอ (Pulsus alternans) และอาจจะฟังหัวใจได้ยินเสียงควบ (gallop rhythm) หัวใจขยายโตขึ้น

2.3 อาการจากปอด ได้แก่ หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อาการหอบเหนื่อยอาจจะเป็นมากในตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea) หายใจแบบ Cheyne-stokes respiration ซึ่งแสดงถึงภาวะที่จำนวนออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงไม่สม่ำเสมอ จากการไหลเวียนของเลือดช้าลงในภาวะหัวใจวาย ทำให้ระยะเวลาที่เลือดจะฟอกเสร็จส่งจากปอดไปหัวใจถึงสมองช้า จึงเกิดการหายใจลักษณะเช่นนี้

นอกจากนั้นอาจจะพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการไอแห้งๆ จากภาวะปอดเริ่มบวมน้ำและถ้าเป็นมากอาจจะไอเป็นเลือด มีฟองสีชมพู ฟังเสียงปอดอาจจะได้ยินเสียง rales

2.4 อาการคั่งของเลือดในระบบไหลเวียนได้แก่ หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง หลอดเลือดดำที่ส่วนปลายขยายมีอาการบวม จำนวนปัสสาวะน้อยลง ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องคอยบันทึกจำนวนปัสสาวะ ถ้าหากปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ถ่ายเลยใน 4-5 ชั่วโมง จะต้องรีบรายงานแพทย์

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

3. ช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock)

ช็อคจากหัวใจ พบได้ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารักษาและมักจะเป็นก่อนภาวะหัวใจวาย แต่สาเหตุการตายนอกโรงพยาบาลไม่สามารถจะทราบได้ ประมาณ 1/3 ของผู้ป่วยที่เกิดช็อคมักเกิดใน 6 ชั่วโมงแรกที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1/2 เกิดใน 24 ชั่วโมง

และ 1/3 เกิดใน 35 ชั่วโมง ร้อยละ 13 เกิดในระยะหลัง 1 อาทิตย์ไปแล้ว และยังเกิดระยะหลังอัตราตายจะมากกว่าเกิดในระยะแรก ฤกษ์แจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือการค้นพบภาวะช็อคและให้การรักษาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ ก่อนที่จะมี poor tissue perfusion เกิดขึ้น เพราะจะยิ่งทำให้กล้ามเนื้อหัวใจยิ่งตายมากขึ้นและจะเป็นวงจรชั่วร้ายที่ทำให้ภาวะช็อคเพิ่มขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการค้นพบภาวะนี้ เพราะเป็นผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา

ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากหัวใจคือ ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้าง ส่วนใหญ่มักจะไม่เกิดช็อคถ้าบริเวณที่ตายไม่ถึงร้อยละ 40 นอกจากนั้นพบในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อนหรือผู้ป่วยที่มีปัจจัยอื่นที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น หรือปัจจัยที่ลดประสิทธิภาพของกลไกชดเชยของหัวใจ เช่น Pheochromocytoma, Myxedema ลิ้นหัวใจรั่ว ภาวะเครียด เป็นต้น ภาวะช็อคทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น จากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น จะยิ่งทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น

ในภาวะที่มีความดันโลหิตสูง หัวใจวายและเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทุนสำรองของหัวใจจะลดลง จะทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจเกิดอันตรายได้จากภาวะเครียด พวกที่มีโรคอื่นนอกจากโรคหัวใจ เช่น เบาหวาน ตับ หรือไตวาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ร่างกายไม่สามารถจะชดเชยเมื่อเลือดไปเลี้ยงลดลง ผู้ป่วยพวกนี้เมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงเกิดช็อคได้มากกว่าและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

ลักษณะเฉพาะของช็อคจากหัวใจ คือ

1. ผิวหนังเย็นชื้น
2. ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป
3. ปัสสาวะออกน้อย
4. ความดันโลหิตต่ำ

ในผู้ป่วยช็อคจากหัวใจ การที่จะใช้ความดันโลหิตต่ำเป็นเกณฑ์อย่างเดียวนั้นจะทำให้การค้นพบและป้องกันช็อคช้าไปมากเนื่องจาก

- 1.การที่ความดันโลหิตต่ำ แสดงถึงภาวะที่ร่างกายไม่สามารถจะชดเชยได้แล้ว จาก vasomotor tone หมดประสิทธิภาพที่จะรักษา perfusion ให้ได้พอเพียง
- 2.ความดันโลหิตของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงมาก่อนค่าของความดันโลหิตที่เห็นว่าเป็นปกติอาจจะเป็นระยะที่สูญเสียกลไกการชดเชยแล้ว เพราะฉะนั้นการทราบถึงความดันโลหิตที่ปกติสำหรับบุคคลนั้นจึงมีความจำเป็น ส่วนผู้ป่วยที่ความดันโลหิตปกติต่ำอยู่แล้ว อาจจะปลอดภัยกว่าเพราะค้นพบและป้องกันได้เร็วขึ้น
- 3.ความดันโลหิตที่วัดได้จากแขน ขาเป็นค่าประมาณของ central perfusion pressure ผู้ป่วยอาจจะเกิดอันตรายจากภาวะ perfusion ไม่เพียงพอก่อนที่ความดันโลหิตจะลดต่ำลง
4. ก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism) ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับมีภาวะหัวใจวายทำให้เลือดไหลช้าลง ก้อนเลือดมักจะเกิดด้านในหัวใจของบริเวณที่เนื้อตาย ซึ่งเรียกว่า mural thrombi ซึ่งอาจจะลงไปอุดตันที่ปอด หรือหลุดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย คือบริเวณขาหรือสมอง แพทย์บางคนอาจจะให้สารป้องกันเลือดแข็งตัวไว้ดังกล่าวมาแล้ว แต่มักจะไม่ให้ในผู้ป่วยที่มีเลือดออกง่าย

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

5. กล้ามเนื้อหัวใจแตกทะลุ (Myocardium rupture) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมักจะทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต และมักเกิดในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงมาก ผู้ป่วยควรระวังหลีกเลี่ยงองค์ประกอบหรือเหตุการณ์ที่จะทำให้ความดันโลหิตสูงมากๆ เช่น การไอ การแ่ง การยกของหนักๆ เป็นต้น

6. Post myocardial infarction syndrome (Dressler's syndrome) อาจเกิดขึ้นภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2-3 สัปดาห์ หรือเป็นเดือนเชื่อว่าเกิดจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ต่อสารที่ร่างกายสร้างขึ้นมาต่อต้านเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไป ผู้ป่วยมักจะมีไข้ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เนื้อเยื่อปอดอักเสบ มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดข้างซ้าย เม็ดเลือดขาวสูง แพทย์มักจะให้สเตียรอยด์ แอสไพริน และ indomethacin

7. ข้อไหล่ติดแข็ง พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากความเจ็บปวดที่ร้ายมายังไหล่ทำให้ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว เกิดข้อติดแข็งได้

8. ปัญหาทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยอาจจะกลังตาย กลัวไม่หาย หรือกลัวว่าตนเองจะกลายเป็นคนหัวใจพิการ ไร้คุณค่าโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงของการทำงาน การช่วยผู้ป่วยในการปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ ที่เกิดจากโรคจึงมีความสำคัญมาก

การพยาบาล

การจัดระบบการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะแรกนั้นผู้ป่วยมักได้รับการดูแลในหน่วยบำบัดพิเศษ หรือ CCU (coronary care unit) ซึ่งมักจะใช้ระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรจะมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเท่าที่ความสามารถจะกระทำได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของแผนการรักษาพยาบาล และเหตุผลของการกระทำต่างๆของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม แต่ต้องระวังไม่ให้ข้อมูลมากจนผู้ป่วยรู้สึกกังวล และเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นขีดอันตรายสามารถย้ายออกจากหน่วย CCU ระบบการพยาบาลอาจจะเปลี่ยนไปเป็นทดแทนในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน นอกจากนั้นพยาบาลต้องให้ความรู้กับญาติที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และพัฒนาความสามารถของญาติที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไปด้วย

สำหรับการดูแลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีดังนี้

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติโดยให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการติดเครื่องเฝ้าระวังเพื่อดูการทำงานของหัวใจ เครื่องใช้ต่างๆที่เข้าใจง่าย บอกให้ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์และพยาบาลจะคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. ให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าที่สุขสบาย โดยให้ศีรษะสูงเล็กน้อย (Semi-Fowler's position) เพื่อให้กระบังลมลดต่ำลง ช่วยให้ปอดขยายได้เต็มที่ ลดจำนวนเลือดไหลกลับเข้าหัวใจป้องกันไม่ให้เลือดไปกองในหลอดเลือดที่ไปปอด

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้นอนพัก (Rest) การนอนพักเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย เนื่องจากมีการบาดเจ็บและการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ การนอนพักเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายลุกลามมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ ส่วนระยะเวลาที่ต้องพักนั้นแล้วแต่ขนาดของบริเวณที่กล้ามเนื้อตาย และความเห็นของแพทย์

แพทย์แต่ละคนอาจมีความคิดเห็นแตกต่างกันในเรื่องการจำกัดกิจกรรมการออกแรงของผู้ป่วย แต่โดยมากขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและการที่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ บางครั้งจะไม่ให้ผู้ป่วยทำอะไรด้วยตัวเองเลย พยาบาลอาจนำไม้กอนหนดให้ แต่ผู้ป่วยบางคนอาจจะอนุญาตให้ทำอะไรโดยตนเอง ให้พักผ่อนใน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)
 เก้าอี้ที่สุขสบายข้างเตียงหรือใช้เก้าอี้เพื่อถ่ายปัสสาวะอุจจาระข้างเตียงได้ (commode) หรือไปห้องน้ำที่
 ใกล้ๆได้ วันละ 1 ครั้ง เวลาถ่ายอุจจาระ

ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนใดๆ แพทย์ส่วนมากจะแนะนำให้ผู้ป่วยยืดหดข้อขณะอยู่บนเตียงเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบและอุดตัน การเกิดเอมีโบลาทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่า และหายใจเข้าออกลึกๆเป็นพักๆเพื่อให้ออก
 ขยายตัว นอกจากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจวายมาก หรือช็อค ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักบนเตียงและจำกัดกิจกรรมต่างๆ
 ทั้งหมด อาจค่อยๆเพิ่มกิจกรรมการออกแรงที่ละเล็กละน้อย

พยาบาลจะต้องทราบว่าผู้ป่วยทำอะไรได้และไม่ได้บ้าง ในการให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 จะต้องบอกสิ่งเหล่านี้ให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลทราบโดยทั่วกัน โดยการเขียนไว้ในแผนการพยาบาล เพื่อ
 จะได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยให้เหมือนกัน ช่วยผู้ป่วยให้ยอมรับแผนการรักษาของตนเองโดยการให้ข้อมูลและเหตุผล
 ของการที่ผู้ป่วยต้องนอนพักและจำกัดกิจกรรม

3.1 ไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงด้วยตนเอง การเบ่งอุจจาระและปัสสาวะเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดและมีผู้ป่วย
 จำนวนไม่น้อยประสบปัญหาเรื่องถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะไม่สะดวกต้องเบ่ง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น
 หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจเต้นผิดจังหวะถึงขั้นอันตรายได้ แพทย์อาจจะอนุญาตให้ผู้ป่วยใช้เก้าอี้สำหรับถ่าย
 อุจจาระข้างเตียง และมักจะให้ยาระบายอ่อนๆ เช่น MOM ก่อนนอนเพื่อให้อุจจาระอ่อนตัวเพื่อจะได้ไม่ต้อง
 เบ่ง ส่วนผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่สะดวกเบ่ง อาจต้องปรึกษาแพทย์เพื่อใส่สายสวนคาไว้ในระยะแรก

3.2 วางของใช้ต่างๆให้ใกล้มือ ผู้ป่วยหยิบจับได้ง่าย เพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องใช้แรงในการเอื้อมหยิบ

3.3 เน้นถึงการหลีกเลี่ยงการเสียอารมณ์ต่างๆซึ่งอาจจะมีผลร้ายเท่าๆกับการออกแรง

3.4 จักรเย็บการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยถูกรบกวนน้อยที่สุดเท่าที่สามารถจะกระทำได้ การให้
 ยา การวัดสัญญาณชีพ ควรกระทำพร้อมๆกันหรือถ้าหากผู้ป่วยกำลังหลับก็ควรจะเลื่อนเวลาการกระทำออกไป
 ไม่ควรปลุกผู้ป่วยขึ้นมาวัดสัญญาณชีพ นอกจากผู้ป่วยกำลังอยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตราย

3.5 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลในการรักษาพยาบาล และการตรวจเพื่อวินิจฉัยต่างๆหรือให้ผู้ป่วยมี
 ส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยลดความเครียดทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

3.6 จัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนจริงๆบรรยากาศควรจะเงียบสงบ พยาบาลและ แพทย์ ควร
 จะพยายามทำให้บรรยากาศของการทำงานสงบราบรื่น การส่งเสียงดังเกินความจำเป็นอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้พัก
 จึงเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเหล่านี้ได้

3.7 จำกัดญาติเฉพาะบุคคลที่สำคัญต่อผู้ป่วยเข้าเยี่ยม อธิบายให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจเพื่อผู้ป่วยจะได้
 พักผ่อนจริงๆ

4. การช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากความเจ็บปวด และช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นโดย

4.1 ให้ออกซิเจน เมื่อผู้ป่วยเข้ามาในหน่วยฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยจะต้องให้ออกซิเจน 4-6 ลิตรต่อนาที
 ทันที ไม่ว่าจะมีความผิดปกติหรือไม่ก็ตาม เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น เนื่องจากใน
 ระหว่างพักกล้ามเนื้อหัวใจจะดึงเอาออกซิเจนจากเลือดที่ไปตามหลอดเลือดโคโรนารี ประมาณร้อยละ 70-75
 และในระยะนี้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยจากหลอดเลือดอุดตัน การให้ออกซิเจนจึงเป็นการเพิ่มความเข้มข้นของ
 ออกซิเจนในกระแสเลือดที่จะส่งไปเลี้ยงหัวใจจึงอาจช่วยลดอาการเจ็บป่วยลงได้

4.2 ให้อาบน้ำอุ่น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด และลดความกลัว แพทย์มักจะให้มอร์ฟีนทันที
 และจะให้ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเจ็บปวด แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบอกพยาบาลทันทีที่มีอาการ และพยาบาลจะต้องคอย
 สังเกตและไต่ถามผู้ป่วยเพราะการที่ปล่อยให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและกระสับกระส่ายจะทำให้มีการหลั่งแคททีโคลามีน
 ออกมามาก ทำให้หัวใจเต้นเร็ว และหลอดเลือดหดตัว หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้นทำให้
 กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น และอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะหัวใจวายได้

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

5. การสังเกตบันทึกและรายงานแพทย์อย่างถูกต้อง พยาบาลจะต้องสังเกตและบันทึกสิ่งต่อไปนี้

5.1 ในระยะแรกที่รับไว้ มักจะติด monitor ECG เพื่อตรวจค้นการเต้นของหัวใจผิดปกติ ถ้าเกิดขึ้นจะต้องรับรายงานแพทย์

5.2 ความเจ็บปวด ต้องสังเกตถึงตำแหน่งความรุนแรงและระยะเวลาของอาการปวดและอาการอื่นที่เกิดร่วมด้วย เช่น หอบเหนื่อย เขียว เป็นต้น

5.3 ตรวจดูชีพจร การหายใจ อุณหภูมิและความดันโลหิตอาจจะติด monitor อาจจะต้องวัดบ่อยๆ แต่อย่ารบกวนจนผู้ป่วยไม่ได้พัก หลีกเลี่ยงการวัดอุณหภูมิทางทวารหนักเพราะจะกระตุ้นประสาททวาร กัส อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

5.4 คอยระมัดระวังสังเกตอาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หรืออ่อนเพลียเมื่อผู้ป่วยมีกิจกรรม เช่น หลังถ่ายอุจจาระ หลังรับประทานอาหาร

5.5 วัดและจดจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกอย่างถูกต้อง เพราะมีความสำคัญในการตรวจค้นภาวะแทรกซ้อนได้เร็วขึ้น เช่น หัวใจวาย หรือช็อคจากหัวใจ

5.6 เมื่อแพทย์ให้ผู้ป่วยเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย จะต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงในขณะที่มีกิจกรรม และหลังกิจกรรมนั้นๆ เช่น เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย การเปลี่ยนแปลงของชีพจร และความดันโลหิต เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาเพิ่มกิจกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสม

6. ร่วมมือกับแพทย์ในการรักษา เพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

6.1 การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant drug therapy) จากการวิจัยใหม่ๆ พบว่าผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านหน้าตายในขนาดใหญ่ และเกิดความเฉื่อยในบริเวณนั้น (dyskinetic area) จึงเสี่ยงต่อการเกิดก้อนเมีโบลายอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีจึงอาจได้ประโยชน์จากยาต้านการแข็งตัวของเลือดการให้เฮพารินในขนาดน้อยๆ (5,000 ยูนิต ฉีดเข้าใต้ผิวหนังทุก 8 ชั่วโมง) จะช่วยป้องกันการเกิดเมีโบลายในหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย อ้วน บวม หรือมีโรคของหลอดเลือด

6.2 การใช้ Thrombolytic agent คือ streptokinase (STK) เพื่อละลายก้อนเลือดอุดตัน (Thrombus) ในหลอดเลือดแดงของหัวใจเป็นวิธีการรักษาใหม่ที่ได้รับความสำเร็จอย่างมาก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด transmural ถึงร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากก้อนเลือดอุดตันอย่างกะทันหันดังนั้นการให้ streptokinase ทันทีภายใน 6 ชั่วโมงแรกที่กล้ามเนื้อเกิดตายจะช่วยละลายก้อนเลือดได้ทำให้ลดการขยายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจตายโดย streptokinase จะเปลี่ยน plasminogen เป็น plasmin ซึ่งเป็น active form ที่จะทำลาย fibrin ทำให้ระดับ fibrinogen ลดต่ำลง และ fibrinogen degradation product (FDP) สูงขึ้น ลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดจึงถูกทำลาย

streptokinase (STK) เป็นโปรตีนสังเคราะห์นอกร่างกายจาก B- hemolytic streptococci group c ซึ่งเป็นแอนติเจน จึงต้องระวังการเกิดปฏิกิริยาการแพ้ (Allergic reaction) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อ streptococci ในช่วง 4-6 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาจมีแอนติบอดีต่อ streptokinase ทำให้เกิดอาการแพ้ มีผื่นไข้ คลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง และอาจรุนแรงถึงขั้น anaphylactic shock ได้ แพทย์มักจะพิจารณาให้ยา hydrocortisone เพื่อป้องกันการแพ้ไว้ก่อน นอกจากนั้นในระหว่างได้ streptokinase อาจจะทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณผนังด้านหน้า อาจจะทำให้หัวใจเวทริเคิลเต้นผิดปกติ เช่น เต้นก่อนจังหวะ (PVC) เต้นเร็วเกินไป (VT) หรือเต้นระริก (VF) ได้ ส่วนกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณผนังด้านข้าง อาจจะทำให้หัวใจเต้นช้า และ AV. Block ดังนั้นพยาบาลจะต้องเฝ้าดูอาการ สัญญาณชีพ และการทำงานของหัวใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

นอกจากนั้นการรักษาอาจใช้วิธีการขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบด้วยท่อลูกยางโป่ง หรือ PTCA หรือผ่าตัดทำกราฟคร่อมหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตัน

7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จุดประสงค์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะแรกก็เพื่อลดขอบเขตการตายของกล้ามเนื้อและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือถ้าเกิดขึ้นพยายามค้นพบให้เร็วที่สุด จะได้รับแก้ไขเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้หายหรือไม่ลุกลามเป็นมากขึ้น การพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

พยาบาลในงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ จัดเป็นบุคลากรที่ต้องใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อผู้ป่วยขณะรอตรวจเป็นอย่างมาก เพราะพยาบาลมีหน้าที่และบทบาทในการประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยแรกรับเพื่อให้การพยาบาลเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยปลอดภัยในชีวิตหรือปราศจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในขณะรอตรวจ และมีบทบาทในการคัดกรองจัดเตรียมผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction หรือ AMI) เป็นอาการแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemic heart disease) ทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้จากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลห้องอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน จึงต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะประสบการณ์ในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในชีวิต เมื่อแรกรับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลระยะก่อนตรวจ
2. การพยาบาลระยะขณะตรวจ
3. การพยาบาลระยะหลังตรวจ

พยาบาลในห้องตรวจและฉุกเฉินควรมีบทบาทหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. บทบาทผู้บริหาร

- 1.1 แนะนำญาติทำบัตรผู้ป่วยใหม่ หรือยื่นบัตรเก่า (กรณีที่เป็นผู้ป่วยเคยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว)
- 1.2 พิจารณาให้ผู้ป่วยนอนเปลนอน
- 1.3 การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือพิเศษ
 - เพื่อให้การพยาบาลระยะขณะรอตรวจดำเนินไปอย่างรวดเร็ว พยาบาลจำเป็นต้องเตรียมห้องตรวจ อุปกรณ์ และเครื่องมือพิเศษ ที่จะต้องใช้ในการตรวจของแพทย์ไว้ให้พร้อม จะใช้งานได้ทันที
 - เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม

2. บทบาทผู้ปฏิบัติ

การพยาบาลระยะก่อนตรวจ

2.1 ประเมินสภาพและซักประวัติผู้ป่วย

ประเมินสภาพแรกรับของผู้ป่วยให้ได้ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นทันทีทันใด ราวไปทีไหล่ คอได้คางและแขน ลักษณะการเจ็บ เหมือนถูกบีบ บางราย มีอาการช็อค ซีด เหงื่อออก เป็นลม ชีพจรเบา ความดันโลหิตต่ำลงมากอย่างรวดเร็ว เป็นต้น

2.2 วัดสัญญาณชีพและจดบันทึก

2.3 รวบรวมและบันทึกข้อมูลสำคัญทั้งหมด ที่ได้จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ พร้อมทั้งรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อทำการตรวจรักษาที่ห้องตรวจทันที

2.4 หากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ มีภาวะหัวใจวาย หอบเหนื่อย เยื่อและโอมากขึ้น ต้องรีบรายงานแพทย์ทราบ เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพที่ห้องฉุกเฉินโดยด่วน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยาบาลระยะขณะตรวจ

พยาบาลมีบทบาทร่วมกับแพทย์ในการตรวจผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนี้

1.1 การจัดทำผู้ป่วย

- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการตรวจเพื่อให้ความร่วมมือ
- จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่เหมาะสมในการตรวจ จัดเตรียมบริเวณทรวงอก ซึ่งแพทย์จะตรวจโดยการฟัง
- ช่วยอธิบายและจับประคอง ผู้ป่วยกรณีจำเป็น

1.2 การจัดอุปกรณ์สำหรับการตรวจ

- หลังจากแพทย์ซักประวัติ จะมีการตรวจร่างกาย โดยการดู คลำ เคาะ ฟัง หรืออาจวัดความดันโลหิตรวมถึงการตรวจพิเศษอื่นๆ

1.3 การให้การพยาบาลและการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

ในขณะที่แพทย์ตรวจ อาจวางแผนให้การรักษาร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลควรเตรียมและปฏิบัติคือ

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนในปริมาณขนาดตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาต่างๆตามแผนการรักษาของแพทย์
- บันทึกลักษณะอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยเป็นระยะ ตลอดทั้งอาการที่เกิดจากการได้รับยา
- จัดทำให้อาการนอนในท่าที่เหมาะสม ภายหลังแพทย์ทำการตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว
- จัดเก็บเครื่องมือ ทำความสะอาดอุปกรณ์ให้เข้าที่ภายหลังตรวจรักษาผู้ป่วยเสร็จเรียบร้อยแล้ว

1.4 การตรวจพิเศษ

- หากแพทย์สั่งตรวจพิเศษ เช่น X-Ray , EKG . พยาบาลควรดูแลจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจทันที และติดตามผลด่วนเพื่อนำมาประกอบการวินิจฉัยและวางแผนรักษาโรค

การพยาบาลระยะหลังตรวจ

เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องดำเนินการในขั้นตอนนี้ให้เสร็จสิ้นโดยเร็วและถูกต้องเหมาะสม

1. การพยาบาลกรณีผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

- เมื่อแพทย์รับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ให้เข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาล
- พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ติดต่อประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยแจ้งปัญหา ลักษณะอาการ ผิดปกติ การรักษาที่ได้รับขณะนั้น เพื่อที่พยาบาลประจำเวรหอผู้ป่วยจะได้วางแผนจัดเตรียมรับผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็ว
- นำหลักฐานทะเบียนรายงาน การรับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่งให้พยาบาลหอผู้ป่วย เพื่อดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. การพยาบาลกรณีต้องส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพที่สูงกว่า เป็นหน้าที่ของพยาบาลจะต้องดำเนินการดังนี้

- อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาและการพยาบาลที่จำเป็น
- ติดต่อและประสานงานกับพยาบาลผู้ป่วยนอกหรืองานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉินโรงพยาบาลที่จะส่งต่อผู้ป่วย ไปรับการรักษาต่อ แจ้งลักษณะอาการผิดปกติ ปัญหาที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษา เพื่อให้พยาบาลที่จะรับการส่งต่อผู้ป่วยได้ดำเนินการเตรียมพร้อมไว้รองรับ
- ประสานงานกับแพทย์เพื่อบันทึกการส่งต่อและลงทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วย

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

- เตรียมรถ เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ สารน้ำ และยาที่จำเป็นต้องใช้ในระหว่างการนำส่ง
- ส่งผู้ป่วยทันที และเร็วที่สุดเพื่อให้ทันต่อการรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยควรได้รับระหว่างการเดินทางนำส่งผู้ป่วย พยาบาลนำส่งผู้ป่วยควรมีการสังเกตวัดสัญญาณชีพ และบันทึกสังเกตอาการ อาการแสดงที่ผิดปกติ เพื่อส่งต่อข้อมูลระหว่างทางให้พยาบาล

ของโรงพยาบาลที่นำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อ ซึ่งจะทำให้การรับช่วงดำเนินไปด้วย ความรวดเร็ว รวดเร็ว คล่องตัว

3.1.2 แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1.1) การประเมิน ปัญหาและความต้องการ (1.2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (1.3) การวางแผนการพยาบาล (1.4) การปฏิบัติการพยาบาล และ (1.5) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

2. แนวคิดการดูแลแบบ 7 Aspects of care ได้แก่ 1) การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ 2) การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ 3) การดูแลความปลอดภัย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 5) การให้การดูแลต่อเนื่อง 6) การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและครอบครัว และ 7) การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ

3 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) โดยการให้การพยาบาลโดยเน้นการดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงครอบครัว ซึ่งจะต้องดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. การคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง (ESI)

5. การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ

6. ยาที่ใช้ในผู้ป่วย ยา Streptokinase

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ชื่อย่อ AMI เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยและของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2564 ระบุว่าโรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก มีประมาณ 8.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ในประเทศไทยจากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขปี 2564 พบมีประมาณ 2 หมื่นราย อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 33 ต่อแสนประชากร ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายในการลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 24 ต่อแสนประชากร

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากการตีบหรือ อุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงหัวใจ จำแนกเป็น 2 ชนิด โดยดูจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือ ECG (Electro- cardiography) เป็นแบบ ST elevation MI (STEMI) ซึ่งหลอดเลือดมีการอุดตัน ร้อยละ 100 และแบบ Non-ST elevation MI (NSTEMI และ Unstable angina) ซึ่งหลอดเลือดมีการตีบ ที่รุนแรง วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรก คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตัน หายอุดตัน โดยทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ แก่ผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด เป็นการรักษาหลักที่มีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เป็นวิธีการที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ และควรให้ยาเร็วที่สุด เวลาที่เริ่มให้ยาแก่ผู้ป่วย ไม่ควรเกิน 30 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็น STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 ใน 5 อันดับโรค ของหน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม ACS ในปี พ.ศ. 2562-2564 มีผู้ป่วย 105, 112,130 คน เป็นผู้ป่วย STEMI 3,8,12ราย ได้รับยา SK 3,7,4 ราย ผู้ป่วยSTEMI ได้รับยา SK และเสียชีวิต 0,0,1ราย และปีพ.ศ.2565

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

มีผู้ป่วยทั้งหมด 143 คน วินิจฉัยเป็น STEMI 7 คน ได้รับยา SK 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.8 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา จากผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด ผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK แล้วเสียชีวิต 0 ราย จากการจัดทำแผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2558 ได้กำหนดให้มีช่องทางด่วน (Fast track MI) ร่วมกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาล แม่ข่ายและ มีนโยบายให้โรงพยาบาลชุมชน สามารถ ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยให้ผู้ป่วย ได้รับ ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วและโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดครั้งแรกปี พ.ศ.2559 พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่าง ทันทีทันที่และเกิดความปลอดภัย ตั้งแต่การใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญในประเมินและคัดกรองผู้ป่วยให้ถูกต้อง รวดเร็วตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วทัน การ ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด การดูแลขณะให้และหลังให้ยา การเตรียมความพร้อมของทีมในการ ดูแล เตรียมยา เตรียมอุปกรณ์ต่างๆให้เพียงพอพร้อมใช้งาน การดูแลขณะส่งต่อ การประสานงานทั้งทีม โรงพยาบาลต้นทาง และโรงพยาบาลปลายทางที่จะรักษาต่อ มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และมีความปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประวัติ การดำเนินโรค การรักษาและ การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน กรณีศึกษา 2 ราย โดย เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาล

เป้าหมายของงาน : เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการประเมิน และได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) ภายในเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่จะทำให้เสียชีวิตและได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย

ขอบเขตการศึกษา ศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจ ตายเฉียบพลันจำนวน 2 ราย ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น โดยการ ประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การพยาบาลใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ ช่วยชีวิต เร่งด่วน เผื่อระงับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจคุกคามชีวิต รวมถึงการดูแลระหว่างส่งต่อ การติดตาม ต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยดำเนินการ ปฏิบัติงานอย่างเป็นขั้นตอน ดังนี้

- 1.ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.ย้อนหลัง 3 ปี
- 2.เลือกศึกษาผู้ป่วย.ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย
- 3.ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสารข้อมูลผู้ป่วย
- 4.ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน. กระบวนการพยาบาล จากเอกสาร ตำราวิชาการ งานวิจัยต่างๆ
- 5.ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล
 - 5.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
 - 5.2 วินิจฉัยการพยาบาล
 - 5.3 วางแผนการพยาบาล
 - 5.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

5.6 วิเคราะห์ เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

5.7 สรุปผลการศึกษา

5.8 เขียนรายงานการศึกษา และจัดทำเป็นรูปเล่ม

5.9 เผยแพร่ผลงาน

จากกรณีศึกษา 2 ราย

กรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทย อายุ 71ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพ หม้าย อาชีพ ทำนา

อาการสำคัญ : เจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลัง ก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ให้ประวัติ 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลัง มีเหงื่อออก ตัวเย็น ไมวียงเวียนมีอาเจียน 1 ครั้ง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพ้ยาใด ๆ

อาการแรกเริ่ม : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร้าวไปหลัง สีหน้ากังวล หายใจไม่เหนื่อย สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/113 มิลลิเมตรปรอท pain score 8 ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ saturation) 97%RA

การตรวจร่างกาย GA : not pale, no jaundice

Skin : normal HEENT : normal Lung : clear no wheezy both lung Heart :no mur mur Abdominal :soft not tender Ext :no edema Neurological : E4 V5 M6

ผลการตรวจข้้นสูตรทางห้องปฏิบัติการ : WBC12,160, Hct 37%, platelet 338,000, Troponin-T negative, E'lyte : K=3.16 DTX 224 mg EKG : ST elevate in V2, ST depress in II, III, aVF

การวินิจฉัย : Anterior wall MI

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยา Isordil5 1 tab อมได้ลิ้น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 4 tab oral, on 0.9%NaCl 1000 cc v drip 60 cc/hr และยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดประเมิน EKG พบว่าเส้นเลือดไม่เปิด ได้ประสานและส่งต่อเข้ารับ Fast tractไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทย อายุ 70 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สถานภาพคู่ อาชีพ ทำนา

อาการสำคัญ : เจ็บแน่นหน้าอก ไม่ร้าวไปไหน มีเหงื่อออกตัวเย็น 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ให้ประวัติ 30 นาที ก่อนมา โรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่ร้าวไปไหนมี เหงื่อออกตัวเย็น หลังตี๋มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ประวัติโรคประจำตัวโรคเก๊าท์ รับประทานยาที่โรงพยาบาล ปฏิเสธการแพ้ยาใดๆ

อาการแรกเริ่ม : รู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บหน้าอกตรงกลางไม่ร้าวไปที่ไหน มีเหงื่อออกตัวเย็น เหนื่อย ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ความดันโลหิต 60/40 มิลลิเมตรปรอท Pain score 8 ค่า O2 saturation 95%RA

การตรวจร่างกาย : GA : not pale, no jaundice

Skin : normal, HEENT : normal Lung : clear no wheezy both lung

Neurological : E4 V5 M6

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Troponin T :negative,CBC:wbc15,500 hct 41% Plt cout 334,000 DTX : 140 mg% E'lyte norml CXR: no infiltration EKG : ST elevate at II, III aVF not ST elevate at V3R, V4R

การรักษาที่ได้รับ : ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, ยา Clopidogrel (75) 4 tabs oral on 0.9%NaCl 1000 cc v drip load 1ขวด และ drip 80cc/hr ต่อ ได้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml drip in 60 นาที ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ หลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ประเมิน EKG พบว่าหลอดเลือดไม่เปิด ได้รับการส่งต่อเข้าระบบ Fast tractไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้ได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 71 ปี ประวัติเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ชอบอาหารมัน เค็ม ไม่ได้ ออกกำลังกาย	ผู้ป่วยชายไทยอายุ 70ปี มี ประวัติโรคเก๊าท์ เคยสูบบุหรี่วันละ 10 มวน ต่อวันนาน 40 ปี เลิกสูบบุหรี่แล้ว 4 ปี ดื่มสุราแทบทุกวัน ชอบอาหาร รสหวาน	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และ ผู้ป่วย รายที่ 2 มีประวัติสูบบุหรี่ ราย ที่ 1 ชอบอาหารมันเค็ม ไม่ได้ ออกกำลังกาย รายที่ 2 ชอบอาหารรสหวาน ซึ่งทั้งสองรายมี โอกาสเสี่ยงสูงต่อ
2. พยาธิสภาพอาการ และ อาการแสดง	4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ราวไปหลัง มีเหงื่อออก ตัวเย็น ไม่มีเวียนมีอาเจียน 1 ครั้ง pain score 8 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevate in V2, ,ST depress in Lead II, III, AVF เจาะ Troponin T ให้ผล Negative แพทย์ให้การ วินิจฉัยโรค เบื้องต้น AcuteAnterior wall MI	30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่ราวไป โหนมี เหงื่อออกตัวเย็น มีอาการหลังตีบสุรา pain score 8 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST-elevateat II, III, aVF, เจาะ Troponin T ให้ผล Negative, แพทย์ ให้การวินิจฉัยโรค เบื้องต้น Acute Inferior wall MI c no RV infarction	ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้ป่วย acute myocardial infarc tion (anterior wall) หลอดเลือดเส้น ด้านหน้าอุดตันส่งผลให้ขาดเลือด ไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจ ส่วน ด้านหน้า กับ ผ่นังหัวใจ รายที่ 2 เป็น Acute inferior wall STEMI c no RV infarction หลอดเลือดด้าน ขวาอุดตัน ทำ ให้กล้ามเนื้อ หัวใจส่วน ด้านล่างและด้านข้าง ขาดเลือดไปเลี้ยง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)
 ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
3. การรักษา	ให้การรักษา Isordil (5) 1 tab อมใต้ลิ้น, ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel(75) 4 tabs oral, 0.9% NaCl 1000 ml v drip 60 ml/hr, On O2 canular 3 lit/min ให้ Streptokinase 1.5 MU in NSS100 drip110 ml/hr	ให้การรักษา ASA gr V 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel(75) 4 tabs oral, 0.9% NaCl 1000 ml v drip load 1000ccthen 80 ml/hr, On O2 canular 5 lit/min ให้ Streptokinase 1.5 MU in NSS 100 ml drip 110 ml/hr	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ได้รับยา antiplatelet anti-coagulant และยาละลายลิ่มเลือด รายที่ 2 มีภาวะ Cardiogenic shock ด้วยได้ LoadNSS1000cc หลัง Load BP 96/65 mmhg
4. ปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ละลายลิ่มเลือด 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง	1. เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกที่ลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา ละลายลิ่มเลือด 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง	ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเข้าห้องฉุกเฉินทันที และได้รับการดูแลเบื้องต้น ได้รับการพยาบาลและแก้ไขปัญหามีคุณภาพตามแผนการรักษาอย่างปลอดภัย
5. การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้าระบบ fast tractไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทั้ง 2 ราย โรงพยาบาลได้มีการส่งต่อข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อได้อย่าง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
			มีประสิทธิภาพไม่มี ภาวะแทรกซ้อนขณะส่ง ต่อ ผู้ป่วยได้รับการรักษา ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ โดยการขยาย เส้นเลือดโดยใส่ขดลวด ขยาย

วิเคราะห์เปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 : เป็นผู้ป่วย acute myocardial infarction (anterior wall) หลอดเลือดเส้นหน้าอุดตัน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนด้านหน้า ด้านซ้าย และด้านหลังน้อยลง ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ถ้าได้ รับการรักษาล่าช้า ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นให้ยาต้าน เกล็ดเลือดและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยา ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ บันทึกอาการสัญญาณชีพในใบเฝ้าระวัง และประสานงานการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อการดูแลต่อจากอายุรแพทย์โรคหัวใจ โดยขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด และระหว่างส่งต่อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการประเมินการเปิดของหลอดเลือดหัวใจ หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด หลอดเลือดไม่เปิด แต่อาการทั่วไปดีขึ้น อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลง ได้รับการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคนี้สูง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย แนะนำ ช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีเหตุฉุกเฉินทาง โทรศัพท์หมายเลข 1669 การติดตามการรักษาหลังจากส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ผู้ป่วยรายที่ 2 : เป็น Acute inferior wall STEMI c no RV infarction หลอดเลือดด้านขวาอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านล่าง และด้านข้างขาดเลือดไปเลี้ยงผู้ป่วยได้รับการประเมิน และคัดกรองที่รวดเร็ว ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ผู้ป่วยมีภาวะช็อก BP 60/40 mmhg ได้รับการรักษา Load NSS 1000 cc และให้ยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) เช่นเดียวกัน แต่หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยมีปัสสาวะสีแฉะ แพทย์ได้ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจในการดูแลรักษา เฝ้าระวังโดยตรวจวัด สัญญาณชีพทุก 5 - 15 นาที ติดตามอาการหลังให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วเส้นเลือดไม่เปิด บันทึกอาการ เปลี่ยนแปลงแล้ว ประสานการส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถ ambulance ให้พร้อม ผู้ป่วย ได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย การติดตามผู้ป่วยหลังจากส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการทำ PCI และใส่ขดลวดเพื่อขยายหลอดเลือด นอนพักโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 3 วัน ได้กลับบ้าน การวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่มานาน 40 ปี แต่หยุดบุหรี่แล้วแต่ผู้ป่วย ดื่มสุรา ซึ่งยังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคได้อีก จึงต้องมีการวางแผนจำหน่าย โดยการแนะนำการปฏิบัติตัว รับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริม การดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรือเหตุฉุกเฉิน ทางโทรศัพท์หมายเลข 1669

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิตอย่างกะทันหัน การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการของผู้ป่วยมีความสำคัญมาก พยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว แลให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ เข้าระบบ Fast tract MI ในการดูแลรักษา มีการเตรียมยา อุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ พยาบาล ต้องมีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือดการสังเกต ภาวะแทรกซ้อน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วย การส่งต่อ Fast tract ประสานการส่งต่อ พยาบาลส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับ การดูแลระหว่างส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งการพยาบาลด้านจิตใจ ลดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นในส่วนของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลรักษาโรคฉุกเฉินนี้โดยพยาบาลต้องมีการทบทวนความรู้โดยการอบรมหลักสูตรที่จำเป็นอยู่เสมอเช่น การอบรมการคัดแยกผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย ACS การอบรมการอ่านEKG การให้ยาละลายลิ่มเลือด การอบรมACLS อีกทั้งต้องมีการทบทวนเคส อย่างสม่ำเสมอและควรได้มีการประชุมเกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับทีมแม่ข่ายเพื่อสรุปปัญหาต่างๆและหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตได้

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ตัวชี้วัด	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1.จำนวนผู้ป่วย ACS	112	130	143
2. จำนวนผู้ป่วย STEMI	8	12	7
3.ผู้ป่วยได้ทำEKG ภายใน 10 นาที	100%	100%	100 %
4. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา Streptokinase	7 ราย	4 ราย	2 ราย
5. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยา ภายใน 30 นาที หลังวินิจฉัย STEMI (Diagnosis to fibrinolytic <30 min) เป้าหมาย > 80%	71.42 %	100 %	100 %
6.จำนวนผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK แล้วเสียชีวิต	0	1	1

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้ได้รับการดูแลโดยการประเมินคัดแยกเข้ารับการดูแลได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสมได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลาที่กำหนด และได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 3 วันและได้กลับบ้านอย่างปลอดภัย

2. เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

3. การลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1.เป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลของหน่วยงานในการให้ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

2.เป็นคู่มือแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลที่มาฝึกอบรมดูงาน และนักศึกษาที่มาฝึกปฏิบัติงานสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

3.เป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ ในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

4. การนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์กระบวนการงานเดิมเพื่อศึกษาและพัฒนาต่อยอด ปรับปรุง แนว

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

ทางการดำเนินงานเดิมและออกแบบกระบวนการงานใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต เช่น การจัดทำข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เนื่องจากโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ 105 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง กรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย มีการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่แตกต่างกันจากปัญหาที่พบ กรณีศึกษารายที่ 2 จะมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากกว่าเนื่องจากมีภาวะ Hypotension และภาวะ Cardiogenic shock ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการ ดูแลรักษา การประสานความร่วมมือครอบครัวผู้ดูแลให้มีความเข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น ประสานความร่วมมือกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเครือข่าย ปัญหาในการติดต่อประสานงานส่งต่อข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่ามีหลาย ขั้นตอนทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาพยาบาล รวมทั้งปัญหาพยาบาลมีความรู้ประสบการณ์ทักษะ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาของแพทย์ ถ้าไม่มีความชำนาญในการคัดกรอง มีคัดกรองที่ผิดพลาดหรือล่าช้าก็ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ด้านผู้ป่วย การเข้าถึงระบบบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานทำให้เกิด ความล่าช้า การเรียกใช้รถ 1169 ของผู้รับบริการยังมีน้อยเพราะคิดว่าต้องรอนาน ส่วนมากใช้รถส่วนตัวซึ่งไม่มีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเบื้องต้น ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นจึงไม่ตระหนัก ทำให้เกิดความรุนแรง

8.2 ด้านสถานที่ให้บริการ การให้บริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการดูแลที่ต้องใช้ ความ เร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ระบบการดูแลพบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่ แนวทางในการดูแลไม่เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติด้านอุปกรณ์ไม่พร้อมในการใช้งาน

8.3 ด้านบุคลากร พยาบาลมีความรู้ประสบการณ์ทักษะ และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่แตกต่างกันทำให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษาของแพทย์ การคัดกรองที่ล่าช้า ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย

8.4 ระบบการขอคำปรึกษา ล่าช้าใช้เวลานาน เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม

9. ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหาร

1. ส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินครบ 100 %

2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์กำหนดแผนร่วมกับโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อการพัฒนาขีด

ความสามารถในการประสานเครือข่ายให้กระบวนการวินิจฉัย ดูแลบำบัดรักษา ส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบทางด่วน STEMI fast track ได้อย่างรวดเร็วปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม

3. มีการส่งเสริมหน่วยงานในภาครัฐและเอกชนในการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดงที่ต้องรีบมาพบแพทย์

4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ให้มีความรู้ความสามารถในการประเมิน คัดกรองและส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์ พยาบาลได้อย่างถูกต้อง

ด้านการพยาบาล

1. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ต้องส่งต่อทำ Primary PCI โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะวิกฤตจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ

2. พัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะในการประเมิน คัดแยกผู้ป่วยที่สงสัยมีอาการจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแปลผลเบื้องต้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การบริหารยา

9. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

ด้านการพยาบาล (ต่อ)

ละลายลิ่มเลือดและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ที่ห้องฉุกเฉิน อาจจัดพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่สามารถกำกับระบบทางด่วนการรักษาเฉพาะโรคหรือ STEMI fast track ให้เป็นไปตามที่กำหนด ทั้งเวลาและผลลัพธ์ รวมทั้งประสานการจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ เพื่อให้งานบรรลุตามKPI พร้อมมีการทบทวนร่วมกันในกรณีที่ไม่สามารถทำการรักษาพยาบาลไม่ตรงตาม KPI ของหน่วยงาน

3. ร่วมกับทีมแม่ข่ายในการทบทวนเคส อย่างสม่ำเสมอ และควรมีการประชุมเกี่ยวกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อสรุปปัญหาต่างๆเช่น การconsult ที่ใช้เวลานาน และหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี ปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตได้

4. ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไป และโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อที่จะได้ป้องกัน และปฏิบัติตัวได้ถูกเมื่อเกิดมีอาการที่สงสัย เช่น การทำโปสเตอร์ความรู้ต่างๆไปติดตามจุดต่างๆ การให้ความรู้ สอนสุขศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การทำ EMS mapping ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

5. การสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพทั้งในทีมสุขภาพและองค์กรประชาชนในชุมชน เพื่อมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทิศนคติของกลุ่มเป้าหมาย และนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันอุบัติการณ์ของโรค

6. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะของบุคลากรทางการพยาบาล ในเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ครอบคลุมทั้งเครือข่าย

10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานโดยการ นำเสนอผลงานวิชาการ ในการประชุมวิชาการ เรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ในยุค BANI” ประจำปี 2566 โดยสมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี วันที่ 15 ตุลาคม 2566 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยนำมาจัดเป็นรูปเล่มรวบรวมโดย นางสาวกัลชนา จันทร์ลา เป็นผู้นำเสนอผลงานทุกขั้นตอน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวกัลชนา จันทร์ลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) 8 / มกราคม / 2567


ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
1.ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางสาวกัลชญา จันทร์ลา	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 
 (นางสุรียพร ไสภากุลน)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล
 (วันที่) 8 / ๘๓๓๓๓ / 2567
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 
 (นายศุภฤกษ์ ศรีคำ)
 นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น
 (วันที่) 8 / ๘.๓. / 2567
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลและการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น
2. หลักการและเหตุผล

การส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการเชื่อมต่อการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลหนึ่งไปอีกสถานพยาบาลหนึ่ง การรับและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่สำคัญยิ่งในช่วงความเป็นความตายของชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจก่อให้เกิดปัญหาความพิการ หรือการสูญเสียถึงแก่ชีวิตได้ สถิติการ การส่งต่อผู้ป่วยของเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ไปยังสถานพยาบาลโรงพยาบาลอื่นเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะความเจ็บป่วยรุนแรงเกินศักยภาพของโรงพยาบาลที่จะทำการรักษาได้ ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และโรงพยาบาลแม่ข่าย ใช้เวลาเดินทางในการส่งต่อ ผู้ป่วย 30-1.30 ชั่วโมง และมีแนวโน้มการส่งต่อที่เพิ่มขึ้นทุกปี สถิติปีงบประมาณ2564-2566 มีผู้ป่วยได้รับ การส่งต่อทั้งหมด จำนวน 3099,3266,3377 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียน โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น 2566) อุบัติการณ์ความเสี่ยงการทรุดลงขณะส่งต่อในปี 2564-2566 จำนวน 2,1,1 ตามลำดับ และจากการประเมินความเหมาะสมในการส่งต่อยังพบว่ามีการประเมินไม่เหมาะสมอยู่ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างส่งต่อทางโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น จึงได้พัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อให้ครบถ้วนทุกด้าน ตาม หลักการประเมิน “ABCDE” โดยการประเมินจะไปพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกตินั้น หลังจากนั้นจึง ประเมินซ้ำและนำมาปรับใช้กับทุกหน่วยงาน ที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ในการส่งต่อ ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยด้าน อุบัติเหตุและฉุกเฉินและกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีการประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตราย เร่งด่วนและ คุกคามต่อชีวิต ที่อาจทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
3. เพื่อให้ทีมผู้รักษาพยาบาลได้ข้อมูลการประเมินผู้ป่วยที่ส่งต่อได้ถูกต้อง ครบถ้วน

เป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ปลอดภัย ได้รับการประเมินที่ครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็ว

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาครั้งนี้ใช้แนวคิดระบบการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย ความหมาย ความสำคัญ มาตรฐานการ ส่งต่อผู้ป่วย แนวคิดการประเมินผู้ป่วย และการบันทึกทางการพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การรับและการส่งผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง จากสถาน บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถให้บริการเหมาะสมกว่าจากระดับต่ำ ไปสู่ระดับสูง และ จากระดับสูงไปสู่ระดับต่ำ เป็นการประสานงานร่วมกันทั้งสองทางระหว่างสถาน บริการสาธารณสุขหรือ หน่วยงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคที่ถูกต้องและ ต่อเนื่องตามความจำเป็นจนกว่าจะหายป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติหรือจนกว่าจะไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องรักษา ต่อไปโดยมีหนังสือนำส่งผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (สุดาวดี หอมจู, 2543) การส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญมากในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากสถานบริการในแต่ละที่มีศักยภาพ และบริบทในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันและเหมาะสมกับโรคและความเจ็บป่วย ความต้องการการรักษา ของผู้ป่วยที่ต่างกัน เนื่องจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงพร้อมให้บริการ ผู้ป่วยทุกระดับไม่ได้มีอยู่กระจาย ทั่วไปและไม่มีเพียงพอในการรับผู้ป่วยการรับและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้รับการรักษาพยาบาลตาม มาตรฐาน หายป่วยมีสุขภาวะที่ดีโดยเร็ว และปลอดภัย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557) มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ 3 การดูแลต่อเนื่องพยาบาลวิชาวชิพวาง แผนการดูแลรักษาต่อเนื่องให้การดูแลผู้ป่วย

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยการเตรียมความพร้อมก่อน ส่งต่อผู้ป่วยประเมินสภาพให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาแก้ไขภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิตก่อนการส่งต่อ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยครอบคลุมปัญหาการรักษาพยาบาลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงทางคลินิกสรุปข้อมูลปัญหาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยระหว่างนำส่งพร้อมเอกสารประจำตัวผู้ป่วย ให้กับแพทย์หรือพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย

(สำนัก การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) การประเมินผู้ป่วย เป็นการประเมินตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยสิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักคำนึงถึงที่สุดและ ตลอดเวลา คือความปลอดภัยผู้ป่วยและต้องร่วมมือกันในลักษณะสหวิชาชีพเพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลมาใช้ในการ ประเมินกระบวนการประเมินสามารถ แบ่งออก 4 ระยะ คือ (วณิดา มงคลสินธุ์, 2556)

1. Pre-arrival เป็นระยะตั้งแต่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยจากการส่งต่อทั้งจากภายนอกหรือภายในโรงพยาบาลการ ประเมินในระยะนี้มีความสำคัญมากทำให้พยาบาลสามารถเตรียมอุปกรณ์ที่จะให้การพยาบาลได้อย่าง เหมาะสม
2. Admission Quick Check หมายถึง การตรวจสอบทันทีที่รับผู้ป่วยเป็นการประเมินที่จำเป็น
3. Comprehensive Admission Assessment คือ การประเมินที่ต้องรีบทำให้เร็วที่สุดเท่าที่สามารถจะ ทำได้เป็นการประเมินเชิงลึกจากการตรวจร่างกายทุกระบบและประวัติการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับ การรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
4. Ongoing Assessment เป็นการประเมินต่อเนื่องตามเงื่อนไขเฉพาะตัวของผู้ป่วยการรักษาและการ ตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย

การประเมินปฐมภูมิ(Primary survey) เป็นการประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตรายเร่งด่วน และ คุกคามต่อชีวิต การประเมินจะนำไปพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกตินั้นๆ หลังจากนั้นจึงมีการ ประเมินซ้ำและให้การดูแลเฉพาะ ปัญหาหลักในการประเมินขั้นแรกนี้มีรหัสเรียกเป็นตัวย่อตาม พยัญชนะภาษาอังกฤษ 5 ตัว แรก คือ “ABCDE” ดังนี้ (ไสว นรสาร และพิรญา ไส้ไหม, 2559)

1. A = Airway maintenance with cervical spine protection การประเมินทางเดินหายใจ พร้อม กับการแก้ไขทางเดินหายใจให้โล่ง การจัดการเรื่องทางเดินหายใจควรระวังกระดูกคอเคลื่อน
2. B = Breathing and ventilation การประเมินและดูแลที่ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอโดยประเมินจาก อัตราและรูปแบบการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เสียงลมเข้าปอด การเคลื่อนไหวของทรวงอก ขณะเดียวกันต้องค้นหาสาเหตุพร้อมกับการช่วยเหลือ
3. C = Circulation and hemorrhage control การประเมินระบบไหลเวียนและการห้ามเลือด โดย ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร สีของผิวหนังที่ซีด และเย็นลง รวมทั้งปริมาณเลือดที่ออกจากแผล
4. D = Disability : Neurological status การประเมินความพิการ การผิดรูปของแขนขาและ อวัยวะ ต่างๆ รวมถึงการประเมินระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง
5. E = Exposure/Environmental control การประเมินเพื่อตรวจหาตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ ทั่ว ร่างกาย ได้แก่ การถอดเสื้อผ้าผู้บาดเจ็บออก การประเมินสภาพแวดล้อม เช่น อุณหภูมิห้องเย็น ควรห่มผ้าให้ การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยบนเตียงคอและหลัง ควรใช้อุปกรณ์พยุงคอ และกระดานรองหลัง การบันทึกทางการพยาบาลตามมาตรฐานที่ 8 พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมี คุณ ภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายโดยกำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ถูกต้องและต่อเนื่องครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่แรกเริ่มบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมถูกต้อง และต่อเนื่อง ข้อความที่บันทึกชัดเจนกะทัดรัด

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่องการพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ ให้ ผู้บังคับบัญชาและคณะกรรมการส่งต่อโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น
2. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการจัดทำการพัฒนา รูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ
3. ประชุมวางแผนการดำเนินการพัฒนา รูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อโดยมีข้อมูล เกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ข้อมูลของหน่วยงานที่ส่งต่อ การวินิจฉัยโรค ประวัติการเจ็บป่วยการประเมินสภาพอากาศปัจจุบันตามหลัก ABCDE เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่าง ส่งต่อ การให้การพยาบาลและพยาบาลผู้บันทึก ๔. จัดทำแบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อตามที่ได้วางแผนไว้และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบ ความถูกต้องและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
4. เสนอผู้บริหารคณะกรรมการส่งต่อโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ผู้ที่เกี่ยวข้องพยาบาลวิชาชีพที่ส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อรวมทั้งรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่เกิดจากการใช้ แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ
5. ประเมินผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ ทุก 3 เดือน และนำมาใช้ในระบบการส่ง ต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น ต่อไป

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินทั้งก่อนส่งต่อและขณะส่งต่อได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย ไม่ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ขณะส่งต่อสามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลที่ได้รับการประเมินผู้ป่วย
3. ศูนย์รับ-ส่งต่อ มีแบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
4. หน่วยงานที่รับส่งต่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนและมีความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ไม่พบอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อทุกราย
2. ผู้ป่วยที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลได้รับการประเมินถูกต้องและครบถ้วน ร้อยละ 100
3. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการรู้รูปแบบการประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาล อยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  ผู้เสนอแนวคิด/วิธีการ

(นางสาวกัลลนา จันทร์ลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 8 / สิงหาคม / 2567

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อใน

กระแสเลือด: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย (Nursing care of the patient bacterial pneumonia with septic shock: case study compared ๒ cases)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ศึกษา เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสังกัดงานพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาล ตระการพีชผล รับผิดชอบดูแลการให้บริการด้านการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาล ตระการพีชผล มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม จึงทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา เปรียบเทียบ ๒ ราย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมในหอผู้ป่วย ของโรงพยาบาลตระการพีชผล ให้มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ ต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ

โรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุ ภาวะ Septic shock เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พยาบาลต้องสามารถดูแลให้ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะได้อย่างเหมาะสม สังเกต และประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเตรียมการช่วยชีวิตอยู่ตลอดเวลา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

โรงพยาบาลตระการพีชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ จากสถิติของโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๔ พบว่า มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย จำนวน ๓๓ ราย และ ได้นอนรักษาตัว ๓-๖ วันนอน และมีผู้ป่วย จำนวน ๑๐ ราย มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย

ดังนั้นการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนของโรคที่เป็นภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากจะให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบแล้ว ต้องมีการดูแลทางด้าน การป้องกันภาวะติดเชื้อ การเตรียมผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนจำหน่าย ให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองได้ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ร่างกายของผู้ป่วยมีความแข็งแรง และมีภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียลดลง

วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด เปรียบเทียบ ๒ ราย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๒. เพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

๓. เพื่อเป็นแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งในและนอกหน่วยงาน

วิธีการศึกษา

เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีภาวะช็อคเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตระการพิรุณ ระหว่างเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๕ โดยใช้วิธีการศึกษาดังนี้

๑) ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน

๒) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยการสังเกตติดตาม เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ประเมินผู้ป่วยและญาติ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

๓) ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำรา เอกสารทางวิชาการ สืบค้นทางอินเทอร์เน็ต แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

๔) ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

๕) แก้ไขปรับปรุงตามผู้เชี่ยวชาญ

๖) วิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษา โดยค้นหาปัญหา เปรียบเทียบพยาธิสภาพของโรค การรักษาภาวะแทรกซ้อนของโรค การมีโรคร่วม และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนและให้การพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และประเมินผลการพยาบาล

๗) สรุป และจัดทำเอกสารวิชาการ

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการพยาบาล

๑. กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ทั้ง ๕ ขั้นตอน

๒. แนวคิดการตั้งวินิจฉัยการพยาบาล Carpenito-Moyet, Lynda Juall (๒๐๑๐)

๓. ทฤษฎีทางการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

๔. แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic health care concept) ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยแวดล้อมทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย

๕. ก่อนจำหน่ายเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ โดยใช้ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self-care Theory)

๖. แนะนำการดูแลผู้ป่วยของญาติโดยใช้แนวคิดการพยาบาลโดยใช้ครอบครัวเป็นหลัก (Family centered care concept) ที่ให้ความสำคัญกับครอบครัว

ประวัติกรณีศึกษา

ข้อมูลได้จากกรณีศึกษา ประวัติการรักษาของแพทย์และบันทึกทางการพยาบาลที่เชื่อถือได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

กรณีศึกษารายที่ ๑

หญิงไทย อายุ ๕๓ ปี

อาการสำคัญ: ใช้สูง หนาวสั่น เป็นก่อนมาโรงพยาบาล ๒ ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ๑ สัปดาห์ก่อนมามีไข้ตัวร้อนร่วมกับปวดท้องและมีถ่ายเหลว เป็นๆหายๆ ซ้ำๆ ยากินเอง อาการพอทุเลา ไม่ได้ไปรักษาที่ใด ๒ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไข้สูง หนาวสั่น จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร แกร็บที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ประเมิน V/S T = ๔๐°C P = ๑๓๐ bpm RR = ๒๘ bpm BP = ๘๐/๕๐ mmHg แพทย์ให้การรักษา Load NSS ๒,๕๐๐ ml vein free flow และ on Levophed (๔:๑๐๐) with D&W ๕๐๐ ml iv ๕ cc/hr แล้วส่งตรวจ CBC พบ WBC=๔,๒๑๐, BUN=๒๑ Cr=๑ Malaria titer =negative จึงให้ Admit ต่อมาแพทย์ Repeat lab CBC พบ WBC=๑๙,๑๔๐, BUN=๓๕ Cr=๒.๘๐ CXR พบ pulmonary congestion and cardiomegaly, V/S T = ๓๗.๕°C P = ๑๑๐ bpm RR = ๒๔ bpm BP = ๑๑๐/๖๐ mmHg แพทย์วินิจฉัยเป็น Septic shock จึง Consult แพทย์ประจำโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้ยา Lasix ๘๐ mg iv + ATB : Cef-๓ ๒ gm iv แล้วจึง Refer จากโรงพยาบาลโพธิ์ไทร มารักษาต่อที่โรงพยาบาลตระการพิณผลซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย

ประวัติแรกรับ : เจ้าหน้าที่โพธิ์ไทรนำผู้ป่วยมาส่งที่แผนก ER โรงพยาบาลตระการพิณผล หญิงไทย อายุ ๕๓ ปี อาการแรกรับ ผู้ป่วยมีไข้ หนาวสั่น ประเมิน V/S T = ๓๗.๗°C P = ๑๒๒ bpm R = ๓๒ bpm BP = ๑๒๖/๗๐ mmHg แพทย์ตรวจร่างกายและประเมินจากผล LAB วินิจฉัยเป็น R/O Septicemia with congestive heart failure ให้ Admit รักษาในหอผู้ป่วย ICU อายุรกรรม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร, ปฏิเสธการผ่าตัด, ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่างๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: ปฏิเสธการเจ็บป่วยในครอบครัว, ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัว: อาชีพทำนา สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๖ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

๑. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูง รักษาโรคต่อเนื่องที่โรงพยาบาลโพธิ์ไทร ไปตรวจตามนัดตลอดและรับประทานยาสม่ำเสมอ การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่คิดว่าตนเองจะเป็นอะไรรุนแรง แต่รู้สึกว่ามีไข้สูงมาก หนาวสั่นมาก ห่มผ้าเท่าไรก็ไม่อุ่น มีอาการเหนื่อยแน่นหน้าอก มาทราบภายหลังว่าตนเองเป็นปอดบวมและติดเชื้อในกระแสโลหิตก็รู้สึกกังวลกับโรคที่ตนเองป่วย

๒. โภชนาการและ การเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารตรงเวลา ครบ ๓ มื้อ มีบุตรสาวดูแลจัดหาอาหารให้ ชอบอาหารรสหวาน

๓. การขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ขับถ่ายวันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะ วันละ ๕-๖ ครั้ง

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

๔. กิจกรรม และการออกกำลังกาย ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย เชื่อว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย

๕. การพักผ่อนนอนหลับ เข้านอนเวลาประมาณ ๒๑.๐๐ น. ไม่มีปัญหาการนอน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๖.สติปัญญาและการรับรู้ จบการศึกษา ป.๖ สื่อสารได้รู้เรื่อง การตัดสินใจดี มีสามเป็นคู่คิดปรึกษากัน และช่วยกันตัดสินใจเสมอ

๗.การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์ รับรู้การเจ็บป่วยเข้าใจสาเหตุและแผนการรักษา แต่การตัดสินใจในการรักษาครั้งนี้ขอให้แพทย์ปรึกษาสามีและบุตรสาวของตนเองก่อน

๘.บทบาทและสัมพันธภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวรักใคร่ กันดี

๙.เพศและการเจริญพันธุ์ ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑๐.การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด เป็นคนใจเย็น ไม่เครียดง่าย แต่ถ้ามีเรื่องเครียดๆ จะพูดคุยระบายกับสามีและบุตรสาวเสมอ มีความกังวลเรื่องอาการป่วยของตนเองและอยากให้บุตรสาวมาดูแลใกล้ชิด

๑๑.คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบุญกรรม ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว

น้ำหนักปัจจุบัน น้ำหนัก = ๖๗.๗ กิโลกรัม ส่วนสูง = ๑๕๓ เซนติเมตร BMI=๒๘.๙ kg/m^๒

ประวัติการรักษา ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วย ICU อายุรกรรม โรงพยาบาลตระการพืชผล ขณะ Admit ตรวจ CBC พบ WBC=๒๒,๘๓๐, BUN=๔๓ Cr=๒.๓๒, Hct=๓๐%, Normochromic/Normocytosis Melioidosis titer=negative, DTX อยู่ระหว่าง ๒๒๐-๒๗๐ mg% แพทย์สงสัยเป็น Bacterial Pneumonia with Sepsis จึงให้การรักษาด้วยยา ATB Fortum และให้ใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงย้ายมารักษาต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม นอนโรงพยาบาล ๓ วัน อาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถหย่าเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงและจำหน่ายกลับบ้านได้ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน

กรณีศึกษาครั้งที่ ๒

หญิงไทย อายุ ๘๒ ปี

อาการสำคัญ: ไอถี่ มีเสมหะติดคอ หายใจหอบมากขึ้น ก่อนมาโรงพยาบาล ๑ ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : ผู้ป่วยหญิงชรา ญาติให้ประวัติว่า ปกติเป็นคนชอบไออยู่แล้ว แต่ไม่ไอถี่ ชอบกระแอมแล้วไอ บางครั้งไอมีเสมหะ บางครั้งไม่มีเสมหะ ๑ ชั่วโมงก่อนมามีอาการไอถี่ๆ เป็นไอมีเสมหะติดคอ ผู้ป่วยพยายามไอให้เสมหะหลุดออกมาแต่ไม่ดีขึ้น อาการไอถี่มากขึ้นเรื่อยๆ จนผู้ป่วยมีอาการหอบ ญาติสังเกตว่า ผู้ป่วยมีอาการหอบมากขึ้นจึงตัดสินใจพามาโรงพยาบาล

ประวัติแรกรับ : ญาตินำผู้ป่วยมาที่แผนก ER โรงพยาบาลตระการพืชผล แรกรับ ผู้ป่วยดูหายใจหอบเหนื่อย ประเมิน V/S T = ๓๗.๗°C P = ๑๑๖ bpm R = ๓๘ bpm BP = ๑๓๘/๘๓ mmHg, GCS E=๓ V=๒ M=๕ O๒sat=๘๕% DTX=๑๑๘mg% แพทย์เวรประเมินอาการ ตรวจร่างกายพบ Crepitation both lungs จึงวินิจฉัยเป็น Pneumonia with Septicemia และให้ Admit หอผู้ป่วยอายุรกรรม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลตระการพืชผล, ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมีต่างๆ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: บุตรสาวเป็นโรคเบาหวาน

ประวัติส่วนตัว: อาชีพทำนา อาศัยอยู่กับสามีและบุตรสาวคนเล็ก สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ ๔ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

๑. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รักษาโรคต่อเนื่องที่โรงพยาบาลตระการพิรุณ ไปตรวจตามนัดตลอดและรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา ทราบจากแพทย์ว่าตนเองเป็นปอดบวมและติดเชื้อในกระแสโลหิตก็รู้สึกกังวลกับโรคที่ตนเองป่วย การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่คิดว่าตนเองจะเป็นอะไรรุนแรง แต่รู้สึกว้าวุ่นๆ ปกติก็ไออยู่แล้ว แต่วันนี้ไอถี่มากไอมากจนหอบเหนื่อยเลย

๒. โภชนาการและ การเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารตรงเวลา ครบ ๓ มื้อ มีบุตรสาวคนเล็กที่อยู่ด้วย ดูแลจัดหาอาหารให้ ชอบอาหารรสหวาน ไม่ชอบรสเค็ม

๓. การขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ขับถ่ายวันละ ๑ ครั้ง ปัสสาวะวันละ ๕-๖ ครั้ง

๔. กิจกรรม และการออกกำลังกาย ไม่มีรูปแบบการออกกำลังกาย เชื่อว่าการทำงานคือการออกกำลังกาย

๕. การพักผ่อนนอนหลับ เข้านอนเวลาประมาณ ๑๙.๐๐ น. ไม่มีปัญหาการนอน

๖. สติปัญญาและการรับรู้ จบการศึกษา ป.๔ สื่อสารได้รู้เรื่อง การตัดสินใจดี มีสามีเป็นคูคิดปรึกษากัน และช่วยกันตัดสินใจเสมอ

๗. การรับรู้ตนเองและ อัตมโนทัศน์ รับรู้การเจ็บป่วยเข้าใจสาเหตุและแผนการรักษา แต่การตัดสินใจในการรักษาครั้งนี้ขอให้แพทย์รักษามีและบุตรสาวของตนเองก่อน

๘. บทบาทและสัมพันธภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย ครอบครัวรักใคร่ กันดี

๙. เพศและการเจริญพันธุ์ ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๑๐. การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด เป็นคนใจเย็น ไม่เครียดง่าย แต่วันนี้มีความกังวลเรื่องอาการป่วยของตนเองและอยากให้สามีและบุตรสาวมาดูแลใกล้ชิด

๑๑. คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบุญกรรม ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว

น้ำหนักปัจจุบัน น้ำหนัก = ๓๗ กิโลกรัม ส่วนสูง = ๑๕๐ เซนติเมตร BMI = ๑๖.๔๔ kg/m^๒

ประวัติการรักษา ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหออายุรกรรมของโรงพยาบาลตระการพิรุณ ขณะ Admit ผู้ป่วยตรวจ CBC พบ WBC=๑๒,๕๔๐, BUN=๑๔ Cr=๐.๕๘, Grams stain พบ Gram positive bacilli Hct=๓๐%, Normochromia/Normocytosis, DTX อยู่ระหว่าง ๑๑๐-๒๐๐ mg% แพทย์จึงวินิจฉัยเป็น Bacterial Pneumonia with Sepsis ได้รับได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin และ Augmentin และใช้เครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง จนกระทั่งอาการดีขึ้น สามารถหยุดเครื่องควบคุมการให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูงได้ นอนโรงพยาบาล ๖ วัน และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

วินิจฉัยทางการแพทย์

เมื่อรับไว้ในความดูแลรักษา ได้วางแผนการพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะแรกรับ	๑. มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสโลหิต ๒. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด ๓. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้	๑. มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต ๒. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากมีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด ๓. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะต่อเนื่อง	๑. มีภาวะช็อค ๒. มีภาวะ Hyperglycemia ๓. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	๑. มีภาวะช็อค ๒. มีภาวะ Hyperglycemia ๓. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะก่อนจำหน่าย	๑. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	๑. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล ระยะแรกรับ

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
กิจกรรมการพยาบาล ระยะแรกรับ	๑. ดูแลผู้ป่วยให้รับสารน้ำและได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum ตามแผนการรักษาของแพทย์ ๒. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ ๓. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดภัย ๔. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ๕. Hygiene care และ Unit care ให้สะอาด ๖. ติดตามสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง ๗. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากระดับ O ₂ sat Monitor เวนละ ๑ ครั้ง Keep > ๙๘% และระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย การตรวจสภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า ความรู้สึกตัว และ	๑. ดูแลผู้ป่วยให้รับสารน้ำและได้รับยาปฏิชีวนะ Tazocin และ Augmentin ตามแผนการรักษาของแพทย์ ๒. ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจนที่เพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์ ๓. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักปลอดภัย ๔. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ๕. Hygiene care และ Unit care ให้สะอาด ๖. ติดตามสัญญาณชีพทุก ๔ ชั่วโมง ๗. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากระดับ O ₂ sat Monitor เวนละ ๑ ครั้ง Keep > ๙๘% และระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ อาการหอบเหนื่อย การตรวจสภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า ความรู้สึกตัว และ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
	<p>รายงานแพทย์ทราบทันที เมื่อพบภาวะผิดปกติ</p> <p>๘. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดให้นอนศีรษะสูง ๓๐ องศา เพื่อให้ปอดได้ยืดขยายได้เต็มที่</p> <p>๙. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ได้แก่ Ventolin ๑ ml + NSS ๓ ml NB q ๖ hrs</p> <p>๑๐. ฟังเสียงปอดเป็นระยะ ๆ ในขณะที่เหนื่อยหอบ เพื่อประเมินการหดรัศตัวที่ผิดปกติของหลอดลมและทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physiotherapy) เพื่อให้เสมหะขับออกมาได้สะดวก</p> <p>๑๑. เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) โดยใช้น้ำอุ่น แนะนำถึงขั้นตอนการทำ Tepid Sponge แก่ผู้ดูแลซึ่งให้ความสนใจดีและช่วยกันดูแลจนผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไข้ลดลง</p> <p>๑๒. ให้อา Paracetamol ลดไข้ตามแผนการรักษา ห่างกันอย่างน้อยทุก ๔-๖ ชั่วโมง เมื่อมีไข้มากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียส</p> <p>๑๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้ได้พักผ่อน</p>	<p>รายงานแพทย์ทราบทันที เมื่อพบภาวะผิดปกติ</p> <p>๘. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยจัดให้นอนศีรษะสูง ๓๐ องศา เพื่อให้ปอดได้ยืดขยายได้เต็มที่</p> <p>๙. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา ได้แก่ Ventolin ๑ ml + NSS ๓ ml NB q ๖ hrs</p> <p>๑๐. ฟังเสียงปอดเป็นระยะ ๆ ในขณะที่เหนื่อยหอบ เพื่อประเมินการหดรัศตัวที่ผิดปกติของหลอดลมและทำกายภาพบำบัดทรวงอก (chest physiotherapy) เพื่อให้เสมหะขับออกมาได้สะดวก</p> <p>๑๑. เช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) โดยใช้น้ำอุ่น แนะนำถึงขั้นตอนการทำ Tepid Sponge แก่ผู้ดูแลซึ่งให้ความสนใจดีและช่วยกันดูแลจนผู้ป่วยอาการดีขึ้น ไข้ลดลง</p> <p>๑๒. ให้อา Paracetamol ลดไข้ตามแผนการรักษา ห่างกันอย่างน้อยทุก ๔-๖ ชั่วโมง เมื่อมีไข้มากกว่า ๓๗.๕ องศาเซลเซียส</p> <p>๑๓. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก ให้ได้พักผ่อน และลดการใช้พลังงาน</p>
การประเมินผล	<p>๑. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะช็อก มี V/S อยู่ในระดับปลอดภัย ไข้ลดลง ผล CBC มีค่า WBC ลดลง</p> <p>๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน วัดระดับ O₂ sat > ๙๕% อัตราการหายใจ ๒๖- ๔๘ ครั้งต่อนาที ฟังปอดไม่มีเสียง Crepitation</p> <p>๓. ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายลดลงในภาวะปกติไม่เกิน ๓๗.๕ องศาเซลเซียส นอนหลับพักผ่อนได้เป็น</p>	<p>๑. ผู้ป่วยมีอาการไข้ลดลง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายลดลงในภาวะปกติไม่เกิน ๓๗.๕ องศาเซลเซียส ผล CBC มีค่า WBC ลดลง</p> <p>๒. ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน วัดระดับ O₂ sat > ๙๕% อัตราการหายใจ ๒๖- ๔๘ ครั้งต่อนาที ฟังปอดมีเสียง Crepitation ลดน้อยลง</p> <p>๓. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เป็นช่วง ๆ สีสหน้าสดขึ้นขึ้น อาการปากแห้ง</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
	ช่วง ๆ สีหน้าสดชื่นขึ้น อาการปากแห้งหน้าตาแดงลดลง ปวดเมื่อยตามตัวลดลง	หน้าตาแดงลดลง ปวดเมื่อยตามตัวลดลง

กิจกรรมการพยาบาล ระยะต่อเนื่อง

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
กิจกรรมการพยาบาล ระยะต่อเนื่อง	<p>๑. ดูแลประเมินภาวะช็อค เช่น เปลือกตาซีด เหนื่อยเร็วจากตัวนำ O๒ ลดลง</p> <p>๒. ดูแลให้ได้รับยา folic acid ๕ mg ๑ tab oral OD หลังมื้ออาหาร</p> <p>๓. ดูแลให้ได้สารน้ำตามแผนการรักษา</p> <p>๔. ติดตาม Hct เป็นระยะ</p> <p>๕. ดูแลให้ bedrest</p> <p>๖. แนะนำอาหารบำรุงเลือด ได้แก่ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น</p> <p>๗. ดูแลประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น อาการใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ซึม</p> <p>๘. ดูแลให้ยา Glipizide ๑ tab oral OD ก่อนมื้ออาหาร ตามแผนการรักษา ติดตามอาการข้างเคียงของยา</p> <p>๙. ดูแลให้ได้รับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>๑๐. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย</p> <p>๑๑. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและมีท่าที่เป็นกันเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี</p> <p>๑๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p>	<p>๑. ดูแลประเมินภาวะช็อค เช่น เปลือกตาซีด เหนื่อยเร็วจากตัวนำ O๒ ลดลง</p> <p>๒. ดูแลให้ได้รับยา folic acid ๕ mg ๑ tab oral OD หลังมื้ออาหาร</p> <p>๓. ดูแลให้ได้สารน้ำตามแผนการ</p> <p>๔. ติดตาม Hct เป็นระยะ</p> <p>๕. ดูแลให้ bedrest</p> <p>๖. แนะนำอาหารบำรุงเลือด ได้แก่ ไข่แดง เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น</p> <p>๗. ดูแลประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น อาการใจสั่น อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ซึม</p> <p>๘. ดูแลให้ยา Glipizide ๑/๒ tab oral OD ก่อนมื้ออาหาร ตามแผนการรักษา ติดตามอาการข้างเคียงของยา</p> <p>๙. ดูแลให้ได้รับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>๑๐. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย</p> <p>๑๑. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวลและมีท่าที่เป็นกันเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี</p> <p>๑๒. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย</p> <p>๑๓. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แผนการรักษา</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
	๑๓. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แผนการรักษา	
การประเมินผล	๑. หลังการดูแลผู้ป่วยมีระดับ Hct- เพิ่มขึ้น ๒. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ เหงื่อออกใจสั่น ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็วปวดศีรษะ หรือซึม ๓. ผล DTx= ๑๓๒-๑๖๗ mg% ๔. ยังต้องติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำต่อไปทุกกระยะ ๕. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี	๑. หลังการดูแลผู้ป่วยมีระดับ Hct- เพิ่มขึ้น ๒. ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ เหงื่อออกใจสั่น ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็วปวดศีรษะ หรือซึม ๓. ผล DTx= ๑๑๐-๑๕๐ mg% ๔. ยังต้องติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำต่อไปทุกกระยะ ๕. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

กิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนจำหน่าย

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
กิจกรรมการพยาบาล ระยะก่อนจำหน่าย	๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อนต่อเนืองที่บ้าน ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ ๒. แนะนำให้ดูแลควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติเพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อแข็งแรง ป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน ๓. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ๔. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้ หายใจหอบ	๑. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อนต่อเนืองที่บ้าน ได้แก่ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอ ๒. แนะนำให้ดูแลควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติเพื่อให้เซลล์กล้ามเนื้อแข็งแรง ป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน ๓. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทาน อาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน และการรับประทานยาตามแผนการรักษา ๔. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น มีไข้ หายใจหอบ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

การพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
การประเมินผล	- ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในคำแนะนำ และรับว่าจะปฏิบัติตามเมื่อกลับบ้าน	- ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในคำแนะนำ และรับว่าจะปฏิบัติตามเมื่อกลับบ้าน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

จากการศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย ๒ ราย เข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย จากการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานเป็นหลัก ซึ่งโรคเบาหวานส่งผลให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำจึงเกิดการติดเชื้อได้ง่ายรวมทั้งเมื่อติดเชื้อแล้วก็สามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายด้วยเช่นกัน จากการที่พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้หลักเทคนิคป้องกันเชื้ออย่างเคร่งครัดในทุกระยะการดูแลทั้ง ๓ ระยะ บทบาทของพยาบาลทำหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการจัดทำแผนการจำหน่าย สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้านได้

บทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยคือต้องสามารถ early detection, symptom management และ infection control เพื่อประสิทธิภาพในการพยาบาลผู้ป่วย sepsis สามารถใช้เป็นแนวทางในลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายในผู้ป่วย sepsis ได้ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลผู้ดูแลมีความรู้และทักษะที่ดีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

๒. มีแนวทางปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

๓. ทีมสหวิชาชีพมีความรู้และทักษะการประเมินผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และให้การดูแลได้ตามมาตรฐาน

๔. ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลระการพิชญผล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ความรู้ด้านการพยาบาลที่ได้จากการศึกษกรณีศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ในการปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลระการพิชญผล ดังนี้

๑. ด้านการบริหาร เป็นองค์ความรู้ที่สามารถใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์ให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลระการพิชญผล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๒. ด้านการบริการ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลตระการพิชผล

๓. ด้านวิชาการ เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับเป็นข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ และสามารถใช้อ้างยทอดความรู้ทางวิชาการให้แก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำความรู้สู่การปฏิบัติเป็นข้อมูลในการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่สามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาลตระการพิชผล และโรงพยาบาลอื่น ๆ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพราะ

๑. ด้านการพยาบาล ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดนั้น สาเหตุของภาวะนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยเหล่านั้นมีทั้งสามารถคาดการณ์ได้และป้องกันไม่ให้เกิดได้ และที่ไม่สามารถคาดการณ์หรือป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาได้ทั้งหมด แต่เมื่อเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อคจนเสียชีวิตได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย และลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

๒. ความซับซ้อนในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด สิ่งที่สำคัญมากจะต้องมีการประเมินผู้ป่วยแรกรับ วินิจฉัยค้นหาสาเหตุก่อนส่งต่อและให้การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ก่อนส่งต่อมารับการรักษาในหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยต้องมีการดูแลที่ครอบคลุมทุกปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย หากดูแลให้การพยาบาลไม่ครอบคลุมทุกปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการนอนรักษาตัวยาวนานมากขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

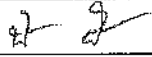
๑. การค้นหาสาเหตุของภาวะปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถทำได้ในระยะ แรกรับผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติต้องบอกข้อมูลให้ละเอียดครอบคลุม ซึ่งพบว่าหากไม่ทราบข้อมูลที่เพียงพอหลักทำให้ผู้ป่วยมีภาวะปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่ครั้งแรกที่ประเมินผู้ป่วย อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียชีวิตได้

๒. การวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อค อาจมีความล่าช้าเนื่องจากอาการและอาการแสดงไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษาบางรายที่มีความซับซ้อนของอาการแสดงทำให้ได้รับการวางแผนการรักษาล่าช้า ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น

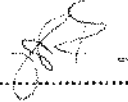
๙. ข้อเสนอแนะ

ถอดบทเรียนจากกรณีศึกษาในครั้งนี้ พบว่า โรคปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวของกรณีศึกษา เป็นโรคที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วยหลายระบบ หากประเมินล่าช้า ให้การพยาบาลไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น โดยส่วนใหญ่สาเหตุของภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรคปอดอักเสบนี้ มักเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เมื่อป่วยด้วยโรคปอดอักเสบหากมีการรักษาล่าช้าหรือดูแลสุขภาพไม่ดีมักส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตตามมา ดังนั้น

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางบังอร ผึ้งผาย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

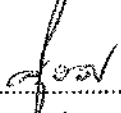
(ลงชื่อ) 

(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

(ตำแหน่ง)รก.ในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) ๕ / ม.ค. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจุไรรัตน์ ทุมนันท์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิษผล

(วันที่) ๕ / ม.ค. / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยอายุกรรม
โรงพยาบาลตระการพิษผล

๒. หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวาน หมายถึงความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมของร่างกายก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งเป็นผลมาจากการที่ร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้ลดลงทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารผิดปกติ ทั้งคาร์โบไฮเดรต เช่น อาหารพวกแป้งและน้ำตาล ไขมัน และโปรตีน เช่น อาหารพวกเนื้อ นม ถั่วเหลือง มีลักษณะเด่นชัดคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมาก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และโรคแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างมาก มักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมากและควบคุมน้ำตาลไม่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้อินซูลินแล้วขาดยาหรือรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคเบาหวานเป็นโรคภัยที่คร่า ชีวิตคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มรุนแรงขึ้น

ประเทศไทยพบคนไทยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ ๗ ของประชากรมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๗ เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เร่งค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระบบบริการให้มากที่สุด เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานหากไม่ได้รับการดูแลรักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน เช่น ตาบอด ไตวาย อัมพาต โรคหัวใจขาดเลือด เป็นแผลเรื้อรัง และปอดบวม เพิ่มจำนวนมากขึ้น และโรคเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิตได้ง่าย จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยอายุกรรมของโรงพยาบาลตระการพิษผล ปี ๒๕๖๕ มี ผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษา ๒๐๕ ราย และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ๒ ราย คือเป็นโรคปอดบวมและติดเชื้อในกระแสโลหิต และปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับการรักษา ๓๑๗ ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ๔ ราย คือเป็นโรคปอดบวมและติดเชื้อในกระแสเลือดเช่นเดียวกัน (ข้อมูลจาก หอผู้ป่วยอายุกรรม แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตระการพิษผล พ.ศ. ๒๕๖๕ – ๒๕๖๖) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาพักรักษาตัวด้วยอาการแทรกซ้อนเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัวและเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ทั้ง ๆ ที่เป็นโรคที่สามารถควบคุมรักษาโรคได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ และในหน่วยงานและองค์กรต้องมีประสิทธิภาพในการดูแล รักษาและป้องกันไปในทิศทางเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าวหากผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่เกิดโรคแทรกซ้อน และไม่เป็นการต่อครอบครัวและสังคม ซึ่งทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลตระการพิษผล

วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและญาติที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลตระการพิษผล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถปฏิบัติและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. บทวิเคราะห์

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาหายขาดแต่ควบคุมโรคได้ โดยการดูแลและรักษาอย่างจริงจังและต่อเนื่องตลอดชีวิต จุดประสงค์ของการรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคแทรกต่าง ๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติสามารถประกอบภารกิจต่างๆ ได้เหมือนคนทั่วไป

๒. แนวความคิด

จากการที่ผู้ศึกษาได้ดูแลพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลตระการพืชผลมาตลอด ทำให้พบปัญหาในการปฏิบัติงานและได้นำปัญหามาหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุง เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบและแนวทางปฏิบัติในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเน้นการพัฒนาในด้านต่างๆ ดังนี้

๒.๑. พัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน

เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุกรรม แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตระการพืชผล มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีทักษะ ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการประเมินผู้ป่วยให้ถูกต้องและรวดเร็ว มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง และทันสมัย ดังนั้นจึงควรมีการทบทวนวิชาการใหม่ๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การปฏิบัติงานของพยาบาลให้ความสำคัญทางกายมากกว่าทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ การได้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบองค์รวมจะส่งผลดีแก่ผู้ป่วยและญาติโดยตรง การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานโดยจัดให้มีการทบทวนการรักษา (Case conference) ร่วมกันระหว่างทีมพยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการเพื่อทบทวนการรักษาและร่วมกันหาแนวทาง แก้ไขปรับปรุง แก้ไขเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรายต่อไป

๒.๒. พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานในหน่วยงาน

จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไว้ประจำตึกผู้ป่วยใน เพื่อเป็นแนวทางให้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ปฏิบัติตาม เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในกรณีที่มีผู้ป่วยมารับการรักษา โดยแนวทางที่จัดทำขึ้นควรได้รับคำปรึกษาจากแพทย์และเป็นแนวทางที่มีหลักฐานที่ถูกต้องทางวิชาการ มีหลักฐานอ้างอิงได้ และเป็นที่ยอมรับของหน่วยงาน ใช้หลัก CnTHER ในการดูแลผู้ป่วย

C = Care ให้การดูแลผู้ป่วยรายนี้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้หรือยัง การวินิจฉัยรักษา เหมาะสมหรือไม่ ยังมีความเสี่ยงอะไรที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้ได้

C = Communication ได้สื่อสารข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอแล้วหรือไม่

C = Continuityวางแผนที่จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมหรือไม่

T = Team มีการดูแลผู้ป่วยรายนี้ แบบสหสาขาวิชาชีพหรือยัง ยังขาดวิชาชีพใดที่ควรร่วมดูแลผู้ป่วยรายนี้

H = Human Resource มีความรู้ทักษะเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยรายนี้หรือไม่ ควรจะเพิ่มความรู้ทักษะได้อย่างไร

E = Environment สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีความเหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายเพียงใด เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ มีความเหมาะสมเพียงพอหรือไม่

R = Record เวชระเบียนที่บันทึกของผู้ป่วยรายนี้ มีความสมบูรณ์เพียงพอหรือไม่ ควรปรับปรุงในส่วนใดให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไว้ประจำที่หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

๒.๓. พัฒนาด้านสุศึกษาและประชาสัมพันธ์

ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องดูแลแบบองค์รวม คือกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ดูแลหรือญาติ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงเพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. ข้อเสนอ

ผู้ศึกษาขอเสนอแนวคิดในการพัฒนาดูแลของญาติในด้านประชาสัมพันธ์ดังนี้

๓.๑. มีการชี้แจงสรุปสถานการณ์ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนให้เจ้าหน้าที่ในแผนก รับทราบ ร่วมกับการสรุปสถานการณ์โรคเรื้อรังอื่นๆอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้งในการประชุมประจำเดือนของทางโรงพยาบาล

๓.๒. มีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อจัดทำแผนการให้สุศึกษา

๓.๓. มีการประสานงานกับทีมแพทย์เพื่อทบทวน และให้ความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัยกับเจ้าหน้าที่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังอื่น ๆ

๓.๔. ประสานงานกับเภสัชกรในการให้ความรู้เรื่องการใส่ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องทราบ

๓.๕. ประสานงานกับเภสัชกรเพื่อขอความร่วมมือในการให้สุศึกษากับประชาชนที่มารับบริการในเรื่องการใส่ยาต่อเนื่องขนาดการใส่ยาที่ถูกต้องฤทธิ์ ของยาผลข้างเคียงของยา

๓.๖. ทบทวนการรักษาผู้ป่วยร่วมกันของทีมวิชาชีพ (แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด) เพื่อหาปัญหาของผู้ป่วย และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งให้สุศึกษากับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

๓.๗. มีการให้สุศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมทั้งมีการประเมินผลการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

๓.๘. ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยให้กับทีมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) ให้รับทราบเพื่อวางแผนเยี่ยมผู้ป่วยต่อไป

๓.๙. ประสานงานกับ รพ.สต.ที่รับผิดชอบผู้ป่วยให้ไปเยี่ยมผู้ป่วยหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

๓.๑๐. สนับสนุนแหล่งประโยชน์ที่จะให้บริการกับผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากไม่มีอาการและอาการแสดง ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ การวางแผนการดูแลจึงต้องประเมินแหล่งประโยชน์ และเศรษฐกิจของผู้ป่วยด้วยโรงพยาบาลจึงควรมีการสนับสนุนแหล่งประโยชน์ดังนี้

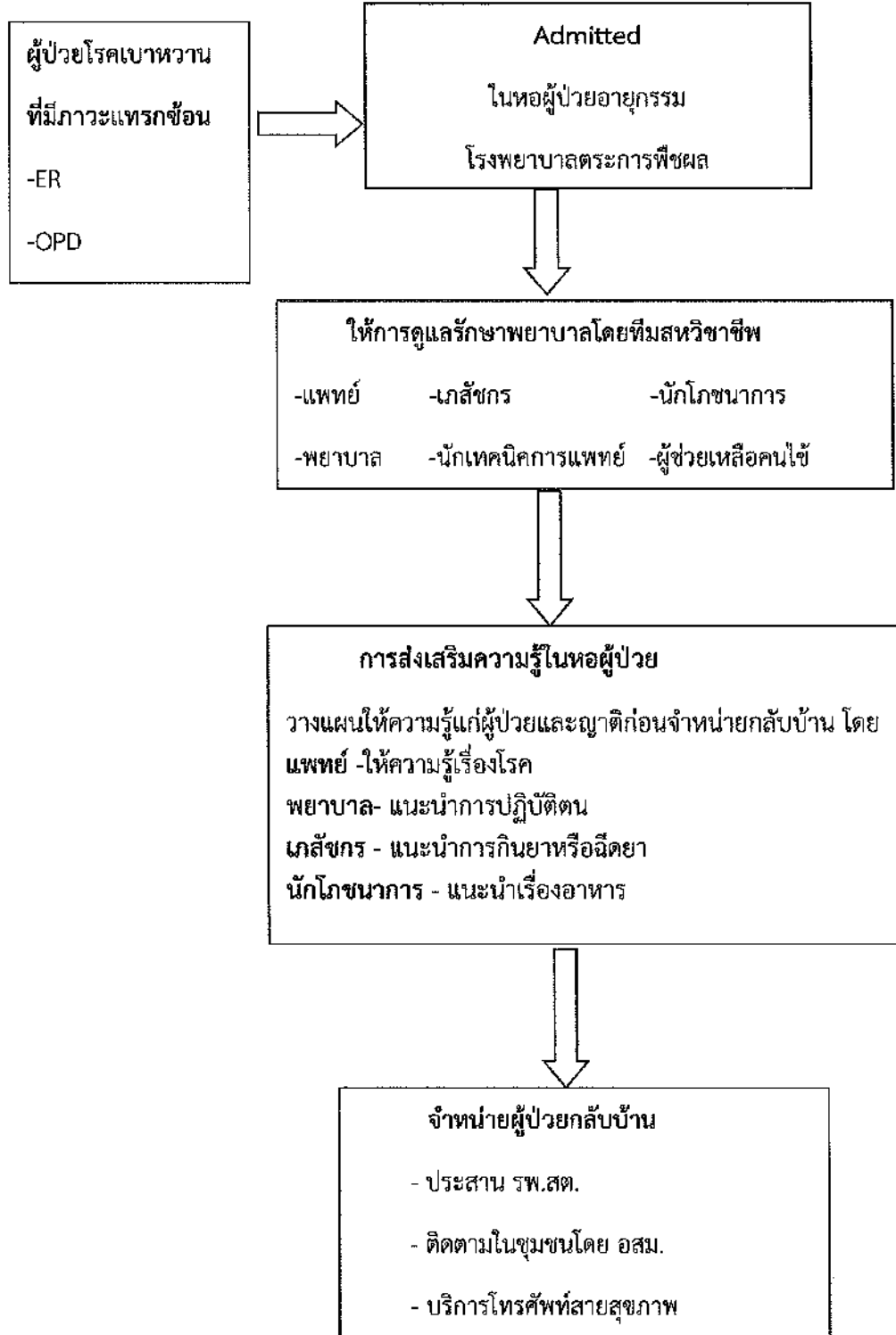
- ประสานงานกับ อสม. ในเขตรับผิดชอบให้ช่วยในการติดตามดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นร่วมกับญาติ
- จัดให้มีโทรศัพท์สายสุขภาพเพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ โดยผู้ป่วยหรือญาติสามารถโทรมา

ปรึกษาปัญหาสุขภาพหรือซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เป็นอยู่เพื่อ

ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

- แนะนำบริการรถฉุกเฉินของหน่วยงานในท้องถิ่น เช่น ๑๖๖๙ เพื่อรับผู้ป่วยที่มี ภาวะฉุกเฉิน โดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย

กรอบแนวคิด



๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. สามารถนำแนวทางในการดูแลพยาบาลโดยการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนมาใช้ในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลตระการพิษผล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสามารถปฏิบัติและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติที่มีมารับบริการในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลตระการพิษผล มีความรู้เกี่ยวกับโรค มาตรวจตามนัดและรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

๕.๒. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติที่มีมารับบริการในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลตระการพิษผล มีความพึงพอใจต่อการให้บริการส่งเสริมความรู้ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นางบังอร ผึ้งผาย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ / ม.ค. / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑.เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพืชผล

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๖-ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.ความรู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยใช้ความรู้ความสามารถประสบการณ์และความชำนาญสูงมากในการปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาที่ยากมากเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่๒ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่างๆ ได้

๓.๒.แนวคิดทฤษฎีChronic Care Model

๓.๓ แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belife Model)

๓.๔ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความรู้

๓.๕ ความรู้การวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจร มีความเป็นพลวัต เริ่มต้นที่การวางแผน (Planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ(Action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (Observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (Reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่วงจรต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง ๕.๓ ล้านคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ระบุว่าประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน ๔.๔ ล้านคน อัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ๒๑.๙๖ ต่อประชากรแสนคน มากเป็นอันดับ ๔ รองจากจีน อินเดีย และญี่ปุ่น จังหวัดอุบลราชธานีมีประชากรผู้ป่วย ๑,๘๖๘,๗๖๔ คน มีผู้ป่วยเบาหวาน ๓๖,๒๙๔ คน (ข้อมูลจากHDC) มีแนวโน้มอัตราผู้ป่วยเบาหวานของประชากรสูงขึ้นทุกปี อำเภอตระการพืชผลมีผู้ป่วยเบาหวาน ๒,๓๐๗ คน (ข้อมูลจากHDC) ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยมีเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗.๐๒, ๑๖.๕๖ และ ๖๙.๙๔ ตามลำดับ ก่อให้เกิดอาการแทรกซ้อนต่อระบบอวัยวะต่างๆ ได้ทุกระบบ และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีอัตราตายจากโรคหัวใจสูงกว่าคนปกติ ๒-๔ เท่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับปกติ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and Taggart (๑๙๙๘) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ ขั้นการวางแผน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการนำข้อสรุปวิธีการ แนวการพัฒนารูปแบบไปปฏิบัติ และการติดตามประเมินผลในโรงพยาบาลตระการพิชผล เพื่อให้เกิดการกลับคืนของเบต้าเซลล์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Remission of Type ๒ diabetes Mellitus) ต่อไป

วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก
- ๒) เพื่อศึกษาผลลัพธ์จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก ที่

ไปใช้จริง

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีประชากร คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน ๔๐ คน ที่มารับบริการในผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพิชผล อำเภอตระการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๖-ตุลาคม ๒๕๖๖ ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย และเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน ๑๕ คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน ๑ คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล จำนวน ๑ คน เภสัชกร จำนวน ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๑ คน โภชนากรจำนวน ๑ คน นักกายภาพบำบัดจำนวน ๑ คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๒ คน ตัวแทนผู้ป่วย จำนวน ๕ คน ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนี้ต้องเป็นผู้ที่ส่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพิชผล อำเภอตระการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี อย่างน้อย ๓ เดือน เต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ ซึ่งจะอยู่ในการศึกษา ตามวงจร PAOR ของ Kemmis and Taggart (๑๙๙๘) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) ประชุมคณะทำงานสร้างความรู้ ความเข้าใจ แนวทาง และกำหนดแผนการปฏิบัติงานประชุมสหวิชาชีพ การปฏิบัติการ (Action) ประชุมชี้แจงโครงการวิจัย แนวทางการดำเนินงาน และประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ก่อนการพัฒนา (Pre-test) และดำเนินกิจกรรมพัฒนารูปแบบฯ ตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด (นำแผนสู่การปฏิบัติ) ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก ที่พัฒนาขึ้น ร่วมกับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อนำมาประเมินวิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวทางในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น การสังเกต (Observation) นำผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มาปรับปรุงให้เหมาะสมจากการสังเกต ประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ค่าเฉลี่ย การประเมินผลรูปแบบฯ โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น p-value < ๐.๐๕ การสะท้อน (Reflection) ถอดบทเรียนคืนข้อมูลให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ พร้อมกับข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบฯ และแบบสอบถาม มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ ๐.๘๘ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Tryout) ในประชาชนที่มีความคล้ายคลึงกัน ในโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (๑๙๘๔) ได้เท่ากับ ๐.๘๔

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

มีผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพิรุณ จำนวน ๔๐ คน ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนได้รูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก คือ TRAKAN MODEL พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดยาเบาหวานลงได้ จำนวน ๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ หยุดยาได้ ๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๐ (ข้อมูลประชุม กวป.) การประเมินผลรูปแบบฯ โดยพิจารณาจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนตัวแปรก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๑๒.๑๕; S.D. = ๔.๕๖) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean=๑๘.๑๕; S.D. = ๒.๒๓) ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๔๓.๗๐; S.D. = ๘.๒๔) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean=๕๓.๐๕; S.D. = ๕.๗๖) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๔๒.๕๕; S.D. = ๔.๙๗) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean=๕๐.๘๕; S.D. = ๔.๑๗) ระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๔๑.๖๘; S.D. = ๖.๙๖) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean=๔๖.๒๔; S.D. = ๖.๑๕) ระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๓๘.๒๘; S.D. = ๕.๘๘) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean=๔๗.๐๙; S.D. = ๕.๖๑) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๓๖.๑๓; S.D. = ๔.๗๙) และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๔๑.๘๘; S.D. = ๔.๗๕) ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๓๕.๔๓; S.D. = ๔.๗๙)

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ(ต่อ)

และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๔๑.๘๘;S.D. = ๔.๗๕) ระดับพฤติกรรมกำบังกันโรคเบาหวานด้านการผ่อนคลายความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=๔๑.๕๕;S.D. = ๖.๙๗) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean=๔๕.๘๕;S.D. = ๖.๔๑) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <๐.๐๕ ระดับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean= ๑๘๓.๓๕ mmol/L;S.D. =๗.๓๕) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง (Mean= ๑๓๓.๑๕ mmol/L;S.D. = ๗.๓๒) ซึ่งค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value <๐.๐๕

๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

ด้านการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอกมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นสามารถลดยาเบาหวานลงได้ หยุดยาเบาหวานได้และสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ

มีการพัฒนาด้านความรู้ ทักษะและเทคนิคบริการพยาบาล ตามรูปแบบ TRAKAN MODELจากการทบทวนความรู้จากเอกสาร ตำราวิชาการ จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์จากการปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญต่างๆ การได้ลงมือประเมินและจัดการพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความชำนาญ และสามารถจัดการทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทปัญหาของผู้ป่วย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ปรับปรุงกระบวนการดูแล ข้อมูลและแนวทางที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถช่วยโรงพยาบาลในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ นำความรู้นี้ไปใช้ในการฝึกอบรมทีมงานและแนะนำนโยบายใหม่ที่สามารเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

๒. ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

๓.ลดค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยและหน่วยบริการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ซึ่งอาศัยกระบวนการตามวงจร PAOR ของ Kemmis and Taggart (๑๙๙๘) โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ มีการส่งเสริม การรับรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น โดยการประยุกต์สื่อที่หลากหลาย จะทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เกิดความเชื่อในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ มีการระดมความคิดเห็น มีการติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถระลึกและจดจำความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่วางแผน

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ(ต่อ)

ปฏิบัติการ ประเมินผลและถอดบทเรียนซึ่งได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ทุกขั้นตอนและขั้นตอนการปฏิบัติการนั้นผู้เกี่ยวข้องจะต้องดำเนินกิจกรรมต่างๆโดยกิจกรรมเหล่านั้นอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้เรื่องโรคเบาหวานซึ่งส่งผลให้มีความเข้าใจในประเด็นต่างๆเกี่ยวกับโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรของ Kemmis and Taggart (๑๙๙๘)อาศัยการทำงานเป็นทีม ซึ่งความยุ่งยากในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่ยุ่งยากและท้าทายความสามารถของของหัวหน้างานที่สุดซึ่งต้องใช้พลังความสามารถในการโน้มน้าวสร้างเสริมพลังอำนาจให้ทีมงานเกิดแรงจูงใจ และความร่วมมือในการดำเนินการ ตลอดจนใช้เทคนิควิธีการในการสื่อสารและประสานงานทีมสหวิชาชีพในการร่วมมือเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ตระการพืชผล มีปัญหาอุปสรรค ดังนี้

๑. ในขั้นตอนการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์สะท้อนความคิด การปฏิบัติการพยาบาล ที่ต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย ดึงเอาความรู้ในตัวบุคคลออกมาใช้เพื่อพัฒนาให้เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ในการกำกับ นิเทศ ติดตาม และการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล การจัดอบรมวิชาการเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะ ไม่สามารถดำเนินการไปพร้อมกันทีเดียวได้เนื่องจาก มีเวลาไม่ตรงกัน ทำให้ต้องดำเนินการเป็นระยะ และต้องใช้ความพยายามอย่างสูงจึงจะจัดการได้ตามแผนการที่วางไว้

๒. ผู้ป่วยบางรายมีความกังวลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องสร้างเสริมพลังอำนาจให้เกิดแรงจูงใจ และความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

๙. ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการ พืชผล อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและได้รูปแบบ TRAKAN MODEL ซึ่งพบว่าการส่งเสริมการรับรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองและ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น จึงควรนำรูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ขยายผลไปยังกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานให้เพิ่มมากขึ้น โดยใช้ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถลดยาและหยุดยามา ถ่ายทอดประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อขยายกลุ่มเบาหวานที่สามารถลดยาและหยุดยาได้ และนำสู่ การกลับคืนของเบต้าเซลล์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (Remission of Type ๒ diabetes Mellitus) ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงาน Oral presentation ประชุมวิชาการ ๒๕๖๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานีวันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ.ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- | | | |
|-----------------------------|-----------------|------|
| ๑. นางบุษบรณ ธิรสุทธิ์ | สัดส่วนของผลงาน | ๘๐ % |
| ๒. นางวรรณวิภา จิตตรีเที่ยง | สัดส่วนของผลงาน | ๒๐ % |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นางบุษบรณ ธิรสุทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

(ผู้ขอประเมิน)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางบุษบรณ ธิรสุทธิ์	
๒. นางวรรณวิภา จิตตรีเที่ยง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

วันที่ ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวจุไรรัตน์ ทมพันธ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิพิธ

วันที่ ๘ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital

๒ หลักการและเหตุผล

Smart Health care เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศด้านระบบบริการ โดยการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็วมาใช้ ด้วยการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ มาจัดเก็บระบบข้อมูลต่างๆมาวิเคราะห์ ประมวลผลและสังเคราะห์เป็นแผนการบริหารจัดการของโรงพยาบาลนอกจากนี้ ยังนำระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-health) เพิ่มคุณภาพการรักษาเช่น การนัดหมาย การจัดคิว การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง การจัดยา การส่งต่อผู้ป่วยไปต่างโรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจวินิจฉัย การรักษา และการเข้าถึงข้อมูลผู้รับการรักษา เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยซึ่งมีข้อมูลที่ต้องการ แม่นยำและเพื่อให้สถานบริการด้านสุขภาพเป็นโรงพยาบาล Smart Hospital (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒)

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพิพิธผล มีระบบบริการโดยใช้ระบบ HIMPRO ใช้การสื่อสารข้อมูลผ่านเวชระเบียนที่เป็น เอกสาร Scan จัดเก็บเข้าเป็นแฟ้มประวัติเมื่อมีการรับบริการเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนจะค้นแฟ้มประวัติและ ลงทะเบียนผ่านระบบ HIMPRO ใช้คิวกระดาษ ใช้ระบบ Manual ในการส่งต่อข้อมูลที่มีความซ้ำซ้อน และ ลำช้า เกิดความเสี่ยงทั้งจากระบบและจากตัวบุคคล มีข้อร้องเรียน ส่งผลถึง ความไม่พึงพอใจในการรับบริการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ โดยพบว่าระดับความพึงพอใจในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๖ เท่ากับร้อยละ ๗๙.๘๐,๗๘.๖๐, ๗๘.๖๐,๗๘.๕๖ , ๘๐.๐๒ และ๘๑.๑๓ ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายต้องมากกว่าร้อยละ ๘๕ ระยะเวลาให้บริการเฉลี่ยผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๖ เท่ากับ ๙๘, ๘๗,๑๐๕,๘๙,๑๑๘,และ๑๕๓ นาที เป้าหมายไม่เกิน ๙๐ นาที และมีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระบบบริการงานผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖เท่ากับ ๒,๕ และ ๖ ครั้ง จากข้อมูลข้างต้นซึ่งยังพบปัญหาจากการ ให้บริการที่ยังไม่ได้มาตรฐาน จึงได้ปรับปรุงพัฒนาระบบบริการงานผู้ป่วยนอกโดยนำระบบ Smart Hospital มาใช้ เพื่อพัฒนาการบริการให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital เพื่อลดแออัด และลดระยะเวลา รอคอยการรับบริการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพิพิธผล

๒. เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital ต่อความ แออัด ระยะเวลารอคอยการรับบริการ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในงานผู้ป่วยนอก

เป้าหมาย

๑.เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยนอกและงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องที่มีอายุงาน ๖ เดือนขึ้นไป

๒.ผู้รับบริการตรวจโรคในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพิพิธผล ที่มีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. การวางแผน (Planning) นำข้อมูลสภาพปัญหา และสภาพการณ์ปัจจุบันการบริการ งานผู้ป่วยนอก ที่ได้ จากการศึกษาบริบท โดยเชิญผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ใน งานผู้ป่วย นอก และเจ้าหน้าที่งานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มและสนทนากลุ่ม เพื่อระดมความคิด เรียนรู้ ร่วมกัน วิเคราะห์

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๒ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ปัญหา สาเหตุร่วมกันกำหนดกิจกรรมแก้ไขปัญหา จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน พร้อม กำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงาน และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการนำเสนอข้อมูล ปัญหา รวมทั้งรูปแบบบริการ ต่อผู้บริหารเพื่อนำเข้าในแผนงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์ที่จะติดตั้งระบบ Queue Display รวมทั้งเสนอแนวทาง และประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาล

๒. การปฏิบัติตามแผน (Action) ลงมือปฏิบัติตามแผนตามที่กำหนดไว้ นำผลการประชุม กลุ่มและสนทนากลุ่ม มาสรุปเป็นแผนดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- (๑) ติดตั้งระบบ Queue Display
- (๒) ประชุมชี้แจงการใช้งานระบบให้กับเจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียน และเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกได้ทราบ
- (๓) ประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการได้ทราบรูปแบบบริการ และขั้นตอนแบบใหม่ เป็นระยะและจัดให้มีเจ้าหน้าที่หน้างานให้คำแนะนำการใช้บริการแต่ละจุด
- (๔) เรียกคิวผ่านระบบ Queue Display และช้กประวัติผ่านระบบ HIMPRO โดยมีข้อมูลสัญญาณชีพที่เชื่อม ต่อมาจากระบบ One Vital Sign connect to HIMPRO
- (๕) เรียกคิวตรวจผ่านระบบ Queue Display เพื่อเข้าตรวจรักษาโดยแพทย์ดูข้อมูลผ่าน ในระบบ HIMPRO และสั่งยา
- (๖) ห้องยาเรียกคิวเพื่อรับยาผ่านระบบ Queue Display
 ๓. การตรวจสอบ
 - (๑) ติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาตามแผนการที่วางไว้ ทั้งในส่วนของ การเพื่อพัฒนา รูปแบบบริการผู้ป่วย นอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital รายงานกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ที่กำหนดไว้ ด้วยการ ประชุมกลุ่มและสนทนากลุ่ม ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบบันทึกการประชุม แบบ บันทึกผลการดำเนินงาน และกล้องบันทึกภาพเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - (๒) ประเมินความพึงพอใจรูปแบบบริการ เพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital โดยสอบถามกลุ่มผู้รับบริการ จำนวน ๑๐๐ คน ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็น เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - (๓) ประเมินระยะเวลาารอคอยของผู้รับบริการ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ระยะเวลาการรับบริการ โดยใช้แบบ บันทึกระยะเวลาารับบริการ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - (๔) ประเมินการลดแออัดของผู้มารับบริการ
 - ๔.การแก้ไข วิเคราะห์สถานการณ์หลังจากมีการพัฒนารูปแบบบริการ เปรียบเทียบระยะเวลาารอคอยบริการ ,การลดแออัด, ถอดบทเรียนจากการพัฒนา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

Smart Hospital เป็นทางเลือกใหม่ที่สามารถลดความแออัด ลดระยะเวลาารอคอยการรักษา โดยนำ เทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการระบบบริการ เช่น ใช้บัตรประจำตัวประชาชนเพียงใบเดียว ให้บริการ อัตโนมัติ ในการตรวจสอบสิทธิ การระบุตัวผู้ป่วยมีระบบนัดหมายออนไลน์/เหลือมเวลา จอภาพบอกคิวการรักษา ในจุด บริการที่มีผู้รับบริการมาก แพทย์บันทึกข้อมูลการรักษาลงในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (HIMPRO) และสั่ง ยาด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ลดขั้นตอนการทำงานที่ไม่จำเป็น เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงมีความสนใจที่จะนำ

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

แนวคิด Smart Hospital มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนา ระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ให้มีมาตรฐานมากขึ้น พัฒนารูปแบบการบริการโดยใช้ระบบ Queue Display ,ระบบ Queue Online เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและมีมาตรฐาน และยังเป็นการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการในการให้บริการ โดยใช้แนวคิดหรือวิธีการ ๑) การพัฒนากระบวนการทำงาน โดยทำการวิเคราะห์กระบวนการทำงานที่มีอยู่ในปัจจุบัน ตรวจสอบขั้นตอนและพบจุดที่มีการซ้ำซ้อนหรือข้อผิดพลาด และนำเสนอแนวคิดใหม่หรือปรับปรุงกระบวนการเพื่อลดข้อผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพ ๒) การใช้เทคโนโลยีในงาน สำรวจเทคโนโลยีที่ใหม่และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในงานได้ พัฒนาแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถช่วยในการจัดการงานหรือเพิ่มประสิทธิภาพ ให้การอบรมแก่พนักงานในการใช้เทคโนโลยีใหม่เพื่อเพิ่มศักยภาพของทีมงาน ๓) การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่สร้างสรรค์ ส่งเสริมทีมงานให้มีทักษะและความคิดสร้างสรรค์ สร้างพื้นที่ที่เปิดกว้างสำหรับการแลกเปลี่ยนความคิดและแนวคิด และสนับสนุนรางวัลหรือการตอบแทนที่สนับสนุนการสร้างสรรค์ ๔) การปรับปรุงการสื่อสารภายในทีม สร้างช่องทางการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น ใช้เทคโนโลยีที่สามารถช่วยในการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน และจัดประชุมทีมหรือการประชุมประจำเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและไอเดีย และ ๕) การพัฒนาทักษะและความรู้ของทีม สนับสนุนการศึกษาและการอบรมต่อเนื่อง สร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะที่เน้นทักษะที่จำเป็นในงาน และสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ภายในทีม การพัฒนางานหรือปรับปรุงงานสามารถลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ประทับใจเพิ่มมากขึ้น

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตระการพิรุณได้พัฒนาการบริการงานผู้ป่วยนอก โดยนำกระบวนการ Smart Hospital เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการระบบบริการ พัฒนาการใช้ระบบ Queue Display ระบบ Queue Online และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสามารถปฏิบัติงานได้ง่าย สะดวก และมีมาตรฐาน รวมทั้งเป็นการตอบสนองความต้องการในการรับบริการของผู้รับบริการ จะสามารถลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ความพึงพอใจ มากกว่าร้อยละ ๘๕
๒. ระยะเวลารอคอย น้อยกว่า ๙๐ นาที

(ลงชื่อ)



(นางบุษภรณ ธิรสุทธิ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๑๙ / ๙ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

๑. ชื่อผลงานเรื่องการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๕ - เดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๕ (๕ เดือน)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยมีพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พบได้ร้อยละ ๒ - ๘ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลกประมาณ ๕๐,๐๐๐ คนต่อปี ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาและทารกเป็นอันดับ ๓ ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ ๒.๑ รองจากเสียเลือดและติดเชื้อ (จันทนา ธรรมธัญญารักษ์, ๒๕๖๓) ยังไม่ทราบพยาธิกำเนิดของโรคแน่นอน ดังนั้นจึงยังไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้โดยทั้งหมด โดยสรุปเป็นภาวะวิกฤติหนึ่งที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์รวมทั้งอาจครอบคลุมไปจนถึงหลังคลอด ซึ่งก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งต่อมารดาและทารกได้

สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะตกเลือดหลังคลอด พบประมาณร้อยละ ๑-๕ ของการคลอดภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็น ๑ ใน ๓ ของสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ประมาณการณ์ว่าจะมีมารดา ๖๖๑,๐๐๐ รายที่เสียชีวิตทั่วโลกเนื่องจากภาวะตกเลือดหลังคลอดในแต่ละปี ในทวีปเอเชียพบ ๓๐.๘ ของมารดาที่เสียชีวิตเกิดจากการตกเลือดหลังคลอดซึ่งมักเกิดขึ้นใน ๒๔ ชั่วโมงแรก สาเหตุของภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว การฉีกขาดของช่องคลอดภาวะรกค้าง หรือภาวะมีการแข็งตัวของเลือดในมารดา ปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือด ด้านมารดา Grand multiparity ทารกตัวโต ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ (polyhydramnios) การกระตุ้นคลอดหรือเร่งคลอดด้วย oxytocin การคลอดยาวนานหรือเร็วเกินไป การล้วงรก รับประทานมสลบหรือแมกนีเซียมซัลเฟต เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน รกเกาะต่ำ รกคลอดตัวก่อนกำหนด อ้วน อายุมากกว่า ๓๕ ปี ภาวะตกเลือดอาจเกิดขึ้นกับผู้คลอดที่ไม่มีประวัติหรือปัจจัยเสี่ยง แม้จะมีความพยายามในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แต่ก็ยังมีผู้คลอดบางรายตกเลือดหลังคลอดจึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัย การรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว

โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๕๐เตียง (ระดับ M๒) ที่มีแพทย์เฉพาะทางจำนวน ๑๑ สาขา และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย รับส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ย่างยากซับซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๕ แห่ง ปัจจุบันงานการพยาบาลผู้คลอดมีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมจำนวน ๒ คน ให้บริการทางสูติกรรมตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยให้บริการหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไปที่เจ็บครรภ์จริงทั้งภาวะปกติและผิดปกติ บริการผู้คลอดทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ๒ ชั่วโมง ด้านประเพณีการคลอดประกอบด้วย การคลอดปกติ คลอดผิดปกติ และผ่าตัดคลอดและบริบาลมารดา ทารก ในระยะ ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลห้องคลอดที่มีทักษะและประสบการณ์ในการตรวจและคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องในการบำบัดรักษาพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีวิตทั้งมารดาและทารก ในภาวะวิกฤตได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องใช้ประสบการณ์ในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มารดาและ

ทารกปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ตรวจประเมิน ภาวะเสี่ยงสูงที่มารับบริการจากงานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานบริการปฐมภูมิ เช่น กรณีหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำเดินก่อนกำหนด ท้องบับเต็กตินน้อยลง ด้านบทบาทแม่ข่าย รับส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย ๕โรงพยาบาล (ระดับF๑-F๒) เพื่อรับกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะปกติและภาวะแทรกซ้อน วิกฤต ฉุกเฉิน ยุ่งยากซับซ้อนทางสูติกรรม ที่มีปัญหาซับซ้อน

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เกินศักยภาพในการดูแลรักษาของโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย ถ้าเกินศักยภาพของโรงพยาบาลตระการพืชผล ประเมินก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด จากสถิติจากทะเบียนการคลอดของงานการพยาบาลผู้คลอด ๓ ปีย้อนหลัง ยอดผู้คลอด ปี พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง พ.ศ.๒๕๖๖ จำนวน ๑,๐๒๓,๑,๑๒๙,๑,๐๕๒ ราย ตามลำดับพบโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension ; PIH) ปี พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง พ.ศ.๒๕๖๖ จำนวน ๒๖, ๓๒, ๒๗ รายตามลำดับ คิดเป็นอัตรา ๒.๕๔, ๒.๘๓, ๒.๕๖ของผู้คลอดที่มาคลอด สถิติในรอบ ๓ ปี ผู้คลอด ๓,๐๒๔ รายพบผู้คลอดภาวะ ครรภ์เป็นพิษ ๖๖ ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ ๒.๑๘ แยกเป็นครรภ์เป็นพิษระดับไม่รุนแรง (non Severe preeclampsia) ๒๕ ราย อัตรา ๐.๘๓ ครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ๑๖ ราย อัตราร้อยละ ๐.๕๓ ครรภ์เป็นพิษ ระดับรุนแรงและมีภาวะชัก ๖ ราย อัตราร้อยละ ๐.๑๙ ส่วนสถิติผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด (Post partum hemorrhage) ปี พ.ศ.๒๕๖๔ ถึง พ.ศ.๒๕๖๖ จำนวน ๕๓, ๒๙, ๔๓ อัตราร้อยละ ๕.๑, ๒.๕๖, ๔.๑๙ ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก ภาวะมดลูกไม่หดตัว (Uterine atony) คิดเป็นอัตราร้อยละ ๘๔ ของผู้คลอดที่ตกเลือด หลังคลอด ที่เหลือ อัตราร้อยละ ๑๖ มีภาวะรกค้าง (retained placenta)

ผู้คลอดเป็นบุคคลที่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากมี ๒ ชีวิตและสามารถที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อ ชีวิตได้ตลอดเวลา เนื่องจากภาวะโรคและการเปลี่ยนแปลงต่างๆในร่างกาย ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอด จึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ยุ่งยากซับซ้อนหรือมีภาวะวิกฤติเพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัยจากภาวะคุกคาม รวมถึงคัดกรองให้การวินิจฉัยปัญหาและภาวะเสี่ยงผู้คลอดและทารกในครรภ์คาดการณ์และวางแผนช่วยเหลือ ทางการพยาบาลแก่พยาบาลผู้คลอดและทารกที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป จะเห็นว่าอุบัติการณ์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดซ้ำเหล่านี้มีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้นมากในทุกๆ ปี ซึ่งอุบัติการณ์ดังกล่าวมีความเสี่ยง อาจ เกิดอันตรายต่อชีวิตและเกิดความพิการหรือการรักษาที่ยาวนานมากขึ้น ส่งผลเสียทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมร่วมด้วย การเข้าใจในพยาธิสรีรวิทยาของโรคจึงเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้า ระวัง ป้องกัน ติดตาม และดูแลผู้คลอดให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตินี้ไปได้ด้วยดี ในการบรรลุเป้าหมายของการ สาธารณสุขเพื่อลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

๓.๑ ทฤษฎีและแนวคิดทางการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา

๓.๑.๑ การใช้กระบวนการทางการพยาบาล (Nursing Process)

เป็นการแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการ นำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผลการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลต่อ คุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการ พยาบาลเป็นการสร้างคุณภาพทางการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ๕ ขั้นตอน ดังนี้

๑.การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ คลอดควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและ รูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี ๕ กิจกรรม ได้แก่ ๑. การเก็บข้อมูล (Collecting data) ๒. การตรวจสอบข้อมูล (Validating data) ๓. การจัดระบบข้อมูล (Organizing data) ๔. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) ๕. การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation)

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๓.๑.๑ การใช้กระบวนการทางการพยาบาล (Nursing Process)(ต่อ)

๒.การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้ตลอดที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งเป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๓.การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้ ๑. จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา ๒. กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) ๓. การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities) ๔.การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan)

๔.การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

๕. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ

๓.๑.๒ แบบประเมินแนวคิดสุขภาพตามกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของ มาจอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) ดังนี้

แบบแผนที่ ๑ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ

แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

แบบแผนที่ ๓ การขยับถ่าย

แบบแผนที่ ๔ กิจกรรมและการออกกำลังกาย

แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ

แบบแผนที่ ๖ สถิติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนที่ ๗ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ

แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์

แบบแผนที่ ๑๐ การปรับตัวและการเผชิญ ความเครียด

แบบแผนที่ ๑๑ คุณค่าและความเชื่อ

๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ตลอดครรถ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเพื่อวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา วิเคราะห์ช่องว่างขององค์ความรู้และการปฏิบัติการพยาบาล

๒. ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ตลอดที่มีภาวะครรถ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ผู้ตลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นต้น

๓. เลือกกรณีศึกษาจำนวน ๒ ราย เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาล

๔. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา อาหาร สารเคมี

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๔.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๕. ศึกษาเปรียบเทียบผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน คือมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ๒ ราย โดยเปรียบเทียบโรคและพยาธิสภาพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการตั้งครรภ์ ปัจจัยเสี่ยง การรักษา กระบวนการพยาบาล และศึกษาเวชระเบียนประกอบด้วย

๖. รวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลให้ครบ ๔ มิติคือ การรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูตามกระบวนการพยาบาล ให้ครบตามแนวคิดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๗. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

๘. สรุปผลการปฏิบัติการและให้ข้อมูลวางแผนจำหน่าย

๙. การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยผู้คลอดที่เข้าร่วมศึกษา ทั้งสองรายได้ผ่านการขออนุญาตผู้คลอดและญาติเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของกรณีศึกษาทั้ง ๒ กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้คลอดและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาถือเป็นความลับ

๑๐. สรุปเรียบเรียงผลงาน เขียนรายงานและจัดทำเอกสารผลงานวิชาการ

๔.๒ สารสำคัญ

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia)

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Severe preeclampsia) และภาวะชักในสตรีที่มีภาวะครรภ์ เป็นพิษชนิดรุนแรง (Eclampsia) เป็นสาเหตุการตาย สามอันดับแรกของมารดาทั่วโลก โดยเฉพาะภาวะชัก และเป็นสาเหตุทางสูติศาสตร์อันดับสองของภาวะ ตายคลอด (stillbirth) และการเสียชีวิตหลังคลอด (early neonatal death) ในประเทศกำลังพัฒนา ภาวะครรภ์เป็นพิษ (preeclampsia) เป็น ภาวะการทำงานที่ผิดปกติของเยื่อบุหลอดเลือด (endothelial malfunction) และการหดตัวของ หลอดเลือด (vasospasm) ทำให้มีความดันโลหิตสูง ใหม่ร่วมกับ มีโปรตีนในปัสสาวะเกิดขึ้นภายหลังอายุ ครรภ์ ๒๐ สัปดาห์ ภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ ๗๕ เป็นชนิดไม่รุนแรง และ ร้อยละ ๒๕ เป็นชนิดรุนแรง ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงคือ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ที่มีอาการแสดงร่วมดังต่อไปนี้ ความดัน systolic มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๖๐ มิลลิเมตรปรอท ความดัน Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท โปรตีนรั่วในปัสสาวะ (proteinuria) มากกว่า ๒ กรัม ต่อการเก็บปัสสาวะ ๒๔ ชั่วโมง ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ปัสสาวะออกน้อย (oliguria) ปวดศีรษะ ปวดบริเวณลิ้นปี่ (epigastric pain) ค่าการทำงานตับหรือไตผิดปกติ เกร็ดเลือดต่ำ หรือมี การเจริญเติบโตของทารกช้า และภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงของครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงที่สำคัญ คือ ภาวะชัก (eclampsia) ซึ่งหมายถึงการเกิดการกระตุกชัก (tonic-clonic) หนึ่งครั้งหรือมากกว่า

การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia)

การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia) เป็นการชักชนิด Grand mal หรือ Generalized tonic-clonic เกิด จากสมองทุกส่วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปล่อยคลื่นสมองที่เป็นกระแสไฟฟ้าผิดปกติ ทำให้มีอาการสูญเสียความรู้สึกตัว (unconsciousness) กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมีเกร็งและกระตุก เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) และโรคความดันโลหิตสูงเรื้อรังร่วมกับภาวะครรภ์เป็นพิษ (chronic hypertension with Superimposed preeclampsia) มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ ๒๔ ของการตั้งครรภ์จนถึง ๔๘

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๔.๒ สารสำคัญ (ต่อ)

ชั่วโมงหลังคลอด รอยละ ๙๐ เกิดการชักในชวงอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ โดยการชักเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ รอยละ ๕๐ ระหว่างคลอดรอยละ ๒๕ และภายหลังคลอดรอยละ ๒๕ และมักเกิดการชัก นอกโรงพยาบาลภาวะแทรกซ้อนของการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ ได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) Disseminated intravascular coagulation: DIC รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) ปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) เลือดออกในสมอง (stroke) และเสียชีวิต โดยพบการเสียชีวิตรอยละ ๓.๒๓ ของจำนวน

สตรีตั้งครรภ์ที่ชักจากครรภ์เป็นพิษในประเทศไทย (สิริยา กิตติโยดม, ๒๕๕๗) ขณะที่ยาต้านชักในครรภ์จำเป็นต่อทารกคลอดภายใน ๒๔ ชั่วโมงภายหลังการชัก เพราะควยหากปล่อยให้ดำเนินการ ตั้งครรภ์ต่อไปมักพบว่าจะเกิดการชักซ้ำ จึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมองที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นการขาดอากาศและการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อขณะชักยอมส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์อย่างเนนอน โดยเฉพาะการตายคลอด (still birth) ซึ่งเชื่อมโยงกับการลอกตัวของรกก่อนกำหนด (abruptio placenta) อันเป็น ภาวะแทรกซ้อนจากการชัก (Raghuraman, et al., ๒๐๑๔)

เริ่มไหล กระตุ้นให้ลูกดูดนมได้ดี ปวดแผลเล็กน้อย ผลผีเย็บติดดีไม่บวมแดง น้ำคาวปลากลิ่นไม่เหม็นคาว สีแดง เบื้อนผ้าอนามัย ๑-๒ แผ่น ต่อแวน ๘ ชั่วโมง ปัสสาวะออกปกติดี สีเหลืองฟาง ทารกดูดนมได้ดี แข็งแรง ดาและ สะดือไม่แฉะ ปัสสาวะ อุจจาระเหลืองปกติ รวมนอนโรงพยาบาล ๔ วัน จำหน่ายกลับบ้าน

พยาธิสภาพของภาวะครรภ์เป็นพิษ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด แต่กลไกที่น่าจะอธิบายการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษได้ ดังนี้

๑. การฝังตัวของรกบกพร่องทำให้การเสวนเลือดที่เชื่อมตอระหว่างมดลูกกับรกมีการพัฒนาไม่สมบูรณ์
๒. ภาวะความไม่สมดุลระหว่างการเกิดอนุมูลอิสระกับกระบวนการป้องกันอันตรายของสารต้านอนุมูลอิสระ (Oxidative stress) (Gabbe, ๒๐๐๗)

๓. การปรับสภาพของหัวใจและหลอดเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่ผิดปกติ

๔. ปัจจัยด้านพันธุกรรม โดยพบยีนที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ เช่น MTHFR,

angiotensin, angiotensin-converting enzyme, HLA ๕. การไหลเวียนเลือดในสมองไม่ดี

พยาธิสภาพในสมองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ

น่าจะเกิดจากอาการของครรภ์เป็นพิษรบกวนการทำงานของระบบประสาทสวนกลาง (CNS) สาเหตุที่เนนอนของ การชักยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจจะเกิดการบาดเจ็บที่สมองจากความดันโลหิตสูง (hypertensive encephalopathy) หรือ การขาดเลือดไปเลี้ยงซึ่งจากการหดเกร็งของเสวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง พบว่าเนื้อสมองบวม(cerebral edema) โดยเฉพาะ อยางยิ่งที่สมองสวนหลัง ซึ่งน่าจะนำมาอธิบายสาเหตุของอาการตาพรามัว มองภาพซ้อน หรือมีจุดดำในลานสายตา (Sibai, ๒๐๑๑)

อาการและอาการแสดงของการชัก

อาการนำ ระยะเวลาที่จะ เกิดการชักไม่แน่นอน บางรายมีอาการนำ ๒ วันก่อนการชัก บางรายก็สั้นกว่านั้น ผู้คลอดที่ชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษสวนใหญ่มักมีอาการปวดศีรษะรุนแรงนำมาก่อน โดยเฉพาะบริเวณทอยและขมับทั้งสองข้าง รู้สึกหนักตื้อๆที่ ศีรษะ มีนงง อาการเกี่ยวกับการมองเห็นได้แก่ ตาพรามัว เห็นภาพซ้อน มีจุดบอดที่ลานสายตา อาการบริเวณท้องได้แก่ จุกหรือเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา อาจมีอาการอาเจียนร่วมด้วย เมื่อทดสอบ Deep tendon reflex พบปฏิกิริยา สะท้อนเร็วกว่าปกติ และอาการสั่นกระตุกของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณขา (ankle clonus) และขอมือ

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

อาการและอาการแสดงของการชัก(ต่อ)

อาการชัก การชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นการชักชนิด Grand mal หรือ Generalized tonic-clonic ในระหว่างอาการชัก อัตราการเต้นของชีพจรของมารดาจะเพิ่มขึ้น systolic pressure อาจเพิ่มถึง ๒๐๐ mmHg อาจมี อุณหภูมิร่างกายสูงถึง ๔๐ องศาเซลเซียส การชักสามารถแบ่งออกเป็น ๔ ระยะ ดังนี้

ระยะเตือน (premonitory stage) (๑๐-๓๐ วินาที) อาการที่พบ ได้แก่ กระสับกระส่าย กลอกตาไป มา กระตุกที่กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า เช่น เปลือกตา มุมปาก และคิ้ว อาจมีหน้าผกเขียว

ระยะเกร็ง (tonic stage) (๑๐-๒๐ วินาที) เป็นระยะที่อันตรายต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เนื่องจากมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย จะพบอาการหลังแอนเกร็ง กัดฟันแน่น กำมือแน่น ตาแข็ง จนกระทั่งหยุด หายใจเพราะกล้ามเนื้อกระบังลมหดรัดตัว

ระยะชัก (clonic stage) (๖๐ - ๙๐ วินาที) มีอาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อทั่วร่างกายอย่าง รุนแรง อ้าปากขึ้นลง กัดฟันแน่น น้ำลายฟูมปาก อาจกัดลิ้นของตนเองได้ ใบหน้าเขียวคล้ำเพราะขาดออกซิเจน หลังจากนั้น กล้ามเนื้อจะเริ่มคลายตัว กลับมาหายใจ จังหวะการหายใจจะเร็วและแรง

ระยะไม่รู้สึกตัว (unconscious or coma stage) เป็นระยะของการหยุดชัก สตรีตั้งครรภ์มีอาการคลายหลับ ความนานของระยะนี้ไม่แน่นอน แต่หากมีระยะเวลานานอาจบ่งชี้ถึงอันตรายที่สูงขึ้นด้วย ทั้งนี้สามารถกลับมาชักซ้ำได้ ในระยะนี้จะเห็นได้ว่าการชักในภาวะครรภ์เป็นพิษมีความเหมือนและแตกต่างจากโรคลมชัก หรือการชัก เนื่องจากสาเหตุอื่นๆ ขณะที่เป้าหมายของการพยาบาลจึงไม่ใช่เพียงดูแลสตรีตั้งครรภ์แต่ต้องดูแลทารกในครรภ์ด้วยการรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและชัก

๑. การพยาบาลในระยะก่อนชัก ควรป้องกันสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ภาวะพร่องออกซิเจนขณะชัก โดย เมื่อมีอาการของระยะเตือน จึงดูแลให้ได้รับออกซิเจนทาง หน้ากาก (face mask with or without reservoir) ๘-๑๐ ลิตรต่อนาที

๒. การพยาบาลในระยะชัก ควรป้องกันมารดาจากการบาดเจ็บขณะชักและการสูดสำลักในระยะเกร็งและชัก ป้องกันการกัดตักเตียงโดยการยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้งสองข้าง หากมีอาการชักขณะนั่งให้จับนอนลง ป้องกันไม่ให้ครรภ์ได้รับการกระทบกระเทือนอันนำมาซึ่งการเกิดภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด ใช้หมอนหรือผ้าห่ม สี่ระยะและจัดท่าให้ใบหน้าตะแคง เพื่อให้ น้ำลายไหลออกสะดวก ป้องกันการสูดสำลักจัดท่าตะแคงซ้ายจะช่วยป้องกันมดลูกกดทับเส้นเลือดดำใหญ่ (inferior vena cava) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงทารกได้

๓. การพยาบาลในระยะหยุดชัก เป็นระยะที่อาการชักสงบลง สตรีตั้งครรภ์จะไม่รู้สึกตัว การพยาบาลที่สำคัญ คือ รักษาระดับออกซิเจนในกระแสเลือด จึงควรให้ออกซิเจนทาง simple face mask with or without reservoir ๘-๑๐ ลิตรต่อนาที และประเมิน นอกจากนี้จำเป็นต้องประเมินสภาพทารกในครรภ์ทุก ๑๐-๑๕ นาที ตลอดจน การหดรัดตัวของมดลูก และเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งหากพบว่ามีมดลูกหดรัดตัวและมีเลือดออกทางช่องคลอด แสดงถึง ภาวะรกหลุดตัวก่อนกำหนด อาจทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ได้ การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์นั้น ประเมินได้จากการฟังเสียงการเต้นของหัวใจทารก โดยระหว่างที่มีอาการชัก มักพบว่ามีจังหวะการเต้นของหัวใจช้ากว่า ๙๐ ครั้งต่อนาที หรือมีผลการตรวจด้วยวิธี NST (Non stress test) หรือ CST (Contraction stress test) ได้ผล prolonged deceleration หรือพบทั้งสองลักษณะ แต่เมื่อสิ้นสุดการชักสตรีตั้งครรภ์เริ่มมี ออกซิเจนในเลือดปกติ ทารกในครรภ์ก็จะกลับมีจังหวะการเต้นของหัวใจที่ปกติอีกครั้ง

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

การรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษและชัก(ต่อ)

๔. การบริหารยา เป็นบทบาทของพยาบาลที่สำคัญ บริหารยาที่ใช้ในการป้องกันการชักซ้ำ โดยทั่วไปเมื่อสตรีตั้งครรภ์หยุดชัก พยาบาลควรเปิดเส้นไหวน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาที่ใช้คือ แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) โดยให้ ๑๐% MgSO₄ ๒ กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ซ้ำๆ ประมาณ ๑๕-๒๐ นาที จากนั้นให้ ต่อเนื่องทางหลอดเลือดดำ (continuous infusion) ๒ กรัมต่อชั่วโมง

๕. การพยาบาลเพื่อควบคุมความดันโลหิต บทบาทของพยาบาลคือ การเพิ่มความถี่ในการวัดความดันโลหิต และมีความต่อเนื่อง จนแน่ใจว่าความดันโลหิตคงที่ จึงเว้น ระยะเวลาการวัดไทม์ออกไปตามความเหมาะสม อาจ ทุก ๕ ๑๐ ๑๕ ๓๐ นาที ๑ หรือ ๔ ชั่วโมง นอกจากนี้ต้องควบคุม ความดันโลหิต โดยการบริหารยาควบคุมความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด เพราะผลของความดันโลหิตที่ลดลงรวดเร็วหรือลดมาก เกินไปอาจทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือมดลูกน้อยลง ดูแลด้านอารมณ์ให้ผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่เหมาะสม ตามปลงเจบบุคคล เช่น การทำสมาธิ และการใช้กลิ่นของน้ำมันหอมระเหย ตลอดจนการดูแลให้ได้รับการพักผ่อน โดยการจัด สิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียงดังรบกวน ลดแสงรบกวน และวางแผนให้การพยาบาลโดยไม่รบกวนการพักผ่อนจนเกิน จำเป็น

๖. การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการชัก ควรตระหนักว่าสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการ จัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการชัก โดยพบภาวะครรภ์ที่ชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ จำนวนร้อยละ ๗-๑๑ มี ภาวะ Disseminated Intravascular Coagulopathy (DIC) ซึ่งมักพบในรายที่มีภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนดหรือทารก เสียชีวิตในครรภ์ นอกจากนี้ร้อยละ ๓ - ๕ มีภาวะปอดบวม (pulmonary edema) มักทราบได้จากการตรวจร่างกายที่พบ การหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว และจังหวะการเต้นของหัวใจเร็ว ควรประเมินระดับออกซิเจนในร่างกายหาก oxygen saturation < ๙๔% ควรได้รับการวิเคราะห์ค่าออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง (arterial blood gas) และ X-ray ทรวงอก

๗. การพยาบาลขณะชักนำการคลอด เมื่อเกิดการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษ จำเป็นต้องให้คลอดภายใน ๒๔ ชั่วโมง โดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์ พยาบาลจำเป็นต้องอธิบายให้สตรีตั้งครรภ์และครอบครัวเข้าใจในเหตุผลของการให้คลอด และแผนการรักษาพยาบาล วิธีการคลอดนั้นขึ้นอยู่กับสถานะของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ในรายที่คลอดเองนั้นใน ระยะเจ็บครรภ์คลอดและระยะคลอดควรได้รับการลดอาการเจ็บครรภ์คลอด

๘. การพยาบาลหลังคลอด ด้วยพบว่าการชักจากภาวะครรภ์เป็นพิษสามารถพบได้ในระยะหลังคลอด จึงจำเป็นต้อง ดูแลให้ได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟตต่อเนื่องด้วยอัตรา ๑-๒ กรัมต่อชั่วโมง เป็นระยะเวลา ๒๔ ชั่วโมง และสิ่งที่ขาดไม่ได้คือการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดา ทารก และบิดา รวมทั้งการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กรณีศึกษาที่ ๑: ผู้คลอดหญิงไทยอายุ ๔๐ ปีส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F๑) ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล ๘ ชั่วโมง G๓P๒A๐L๑ อายุครรภ์ ๓๘+๑ สัปดาห์ที่ ๑ วัน ขณะมาถึงโรงพยาบาลชุมชน Cervix fully dilate เวลา ๑๒.๑๐ น.ขณะเบ่งคลอดมีอาการชักเกร็งกระตุก หมดสติเป็นเวลา ๓๐ นาที ชีพจรเบา ได้ทำ CPR ๑ นาที ความดัน ๑๖๐/๙๐ - ๑๙๐/๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ปรีกษาสูติแพทย์ทางโทรศัพท์ก่อนส่งต่อ แพทย์สั่งการรักษาให้ ๐%MgSO₄ ๔ กรัม โดยแบ่งฉีดเข้ากล้ามเนื้อทั้ง ๒ ข้างและให้ nifedipine ๑ กรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ขณะส่งต่อมาร รพ.ตระการพิษผล พร้อมให้ออกซิเจนแบบ Mask with bag ใส่สายสวนปัสสาวะส่งต่อมายังโรงพยาบาลตระการพิษผล ให้การวินิจฉัย Eclampsia

มาถึงโรงพยาบาลตระการพิษผลเวลา ๑๔.๒๐ น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๗ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๐/ ๑๐๐ มิลลิเมตรปรอท ปากมดลูกเปิดหมด เห็น

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๑ (ต่อ)

ศิริชะพรก คลอดปกติทางช่องคลอดเวลา ๑๔.๓๔ น.ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกคลอด ๒,๘๐๐ กรัม Apgar score ที่ ๑ นาที ๘ คะแนน ทักสีผิวเมื่อกระตุ้นทารกจิ้งร้อง และ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ที่ ๕ นาที ๙ คะแนน ทักความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ ๑๐ นาที ๑๐ คะแนน ด้วยยาว ๕๕ เซนติเมตร เส้นรอบศีรษะยาว ๓๓ เซนติเมตรเส้นรอบอกยาว ๓๖ เซนติเมตรหลังคลอดให้มารดาโอบกอดและกระตุ้นดูดนมบนเตียงคลอด หลังทารกคลอดนาน ๖ นาที รก คลอดมีเลือดไหลออกทันทีและแรง ๕๐๐ มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือด ค่า HCT ๒๘% Platelet ๒๒๗,๐๐๐ cell/ul ตรวจความแข็งตัวของเลือด ๑๙.๖ INR ๑.๔๗ PTT ๕๑.๓๐ second PTT ratio ๒.๕๐ สัญญาณชีพจร ๑๒๘ ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๕/๙๐ มิลลิเมตรปรอท มีการรักษาโดยให้เลือด ๒ unit ระหว่างให้เลือดไม่มีผลข้างเคียงจากการให้เลือด มดเลือดหดตัวไม่ดีและมีเลือดออกเรื่อย ๆ ช่วยขนาดคลึงมดลูกพร้อมให้ยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก ให้ยา Syntocinon ๑๐ unit เข้ากล้ามเนื้อและ วัตสัญญาณชีพ ชีพจร ๑๒๘ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๔๕/๙๓ มิลลิเมตรปรอท จึงให้ ๐.๙ nss ๑,๐๐๐ ml + syntocinon ๔๐ unit เข้าหลอดเลือดดำ ๑๒๐ ml ใน ๑ ชั่วโมงให้ Cytotec ๕ tab เวลา ๑๔.๔๐ น. เหน็บทางทวารให้ Transmin ๑ กรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลา ๑๔.๔๕ น. รวมเสียเลือดจากการคลอด ๑,๖๕๐ มิลลิลิตร หลังให้เลือด ๑ unitระดับความเข้มข้นเลือด ค่า HCT ๓๐%ให้ยา Cefazolin กรัมทางหลอดเลือดดำและ Losec ๔๐ มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเวลา ๑๖.๓๕ น.ย้ายหลังคลอดเวลา ๑๗.๐๐ น.วัตสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๘.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๑๐๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ให้ ๐.๙ nss ๑,๐๐๐ ml + syntocinon ๒๐ unit เข้าหลอดเลือดดำ ๑๒๐ ml ใน ๑ ชั่วโมง ๕%MgSo๔ ๒๐ กรัมผสม ๕%d/w ๕๐๐ มิลลิลิตร ๒๕ หยดต่อชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำใน ๑ ชั่วโมง Transamin ๕๐๐ มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก ๘ ชั่วโมง Ceftriaxone ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ให้เลือด unit ที่ ๒ หลังให้เลือดระดับความเข้มข้นเลือด ค่า HCT ๓๕%

ติดตามเยี่ยมหลังคลอดครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๖๕ ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ปวดแผลฝีเย็บ ระดับความปวด ๕ คะแนน ยังเหนื่อยเพลีย มีไข้ ๓๘.๕ องศาเซลเซียสชีพจร ๑๐๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๑๒๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ยังคงได้ยากันชัก ๕%MgSo๔ ๒๐ กรัม ผสม ๕%dw ๕๐๐ มิลลิลิตร เข้าหลอดเลือดดำ ๒๕ หยดต่อชั่วโมง ได้ยาด้านจุลชีพ Ceftriaxone ๒ กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง มดลูกหดตัวดี น้ำนมเริ่มมา พยาบาลกระตุ้นให้ทารกดูดนม ทุก ๒-๓ ชั่วโมง แผลฝีเย็บไม่บวมแดง เลือดออกทางช่องคลอด สีแดง เบื่อนผ้าอนามัย ๒-๓ แผ่นต่อแวน ติดตามเยี่ยม ครั้งที่ ๒ วันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๕ ผู้คลอด ช่วยเหลือตนเองได้ดี มดลูกหดตัวดี น้ำนมกรณีศึกษาที่ ๒: ผู้คลอดหญิงไทยอายุ ๓๖ ปีส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F๑) ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล ๕๐ นาที G๔P๓A๐L๓ อายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์ ๔ วัน ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดผู้คลอด ผ่าครรภ์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ๒/๒ (ครั้ง/คุณภาพ) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะส่งต่อมา มดลูกมีการหดตัวถี่ และรุนแรงขึ้นInterval ๖ นาที Duration ๓๕ วินาทีปากมดลูกเปิด ๕ เซนติเมตร ปากมดลูก นุ่ม ความบาง ๑๐๐% ผนังคร่ำยังอยู่ ส่วนน้ำอยู่ระดับ ๐ การเต้นของหัวใจทารก ๑๓๖ ครั้งต่อนาที การคาดคะเนน้ำหนักทารก ๓,๐๐๐ กรัม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๒ ครั้งต่อนาทีอัตราการหายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต ๒๐๐/๑๑๐- ๑๙๐/๑๑๔ มิลลิเมตรปรอทขณะส่งต่อได้รับสารน้ำ ๐.๙ nss ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ๑๒๐ หยดต่อนาที แพทย์วินิจฉัย Severe pre-eclampsiaแรกรับให้สารน้ำเต็ม ๐.๙ nss ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ผสม Syntocinon ๒๐ ยูนิต ๑๒๐ หยดต่อนาที ๕%MgSo๔ ๒๐ กรัม ผสม ๕%dw ๕๐๐ มิลลิลิตร เข้าหลอดเลือดดำ ๒๕ หยดต่อชั่วโมงส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการความเข้มข้นเลือด ๒๖ %

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๒ (ต่อ)

ใส่สายสวนปัสสาวะ การเตรียมตัวผู้คลอดเข้าสู่ระยะคลอดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมให้ข้อมูลแก่ผู้คลอดและครอบครัว

คลอดระยะที่ ๑ ของการคลอดมดลูกหดตัวดี สม่่าเสมอแพทย์พิจารณาให้ยาเร่งคลอด ได้รับสารน้ำ ๐.๙ gss ๑,๐๐๐ มิลลิลิตร ๑๒๐ หยดต่อนาที ปากมดลูกเปิดหมด เวลา ๑๗.๔๕ น.(๑ พ.ย๖๕) เบ่งคลอดใช้เวลาาน ๑๔ นาที ทารกเพศหญิง น้ำหนัก ๒,๒๙๕ กรัม Apgar Score ที่ ๑ นาที ๙ คะแนน ทักสีผิว ที่ ๕ นาที ๑๐ คะแนน และที่ ๑๐ นาที ๑๐ คะแนน ตัวยาว ๕๐ เซนติเมตร รอบศีรษะ ๔๖ เซนติเมตรรอบอก ๓๒ เซนติเมตรหลังคลอดให้ผู้คลอดโอบกอดทารกและดูนมบนเตียงคลอด สัญญาณชีพทารกอุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๔๖ ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ ๖๒ ครั้งต่อนาที วัดออกซิเจนในกระแสเลือดที่ปลายนิ้ว ได้ ๙๙ เปอร์เซ็นต์ ระยะที่ ๓ ของการคลอด ประเมินการลอกตัวของรก พบรกลอกตัวสมบูรณ์ ใช้เวลา ๖ นาที ทำคลอดรกโดยวิธี control cord traction ออกสมบูรณ์ น้ำหนัก ๖๔๐ กรัม เสียเลือดรวม ๖๕๐ มิลลิลิตร ซีพจร ๗๐

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

จากการติดตามผลการดำเนินงานหลังการศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะชักและตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา สรุปผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ ได้ดังนี้ ปี ๒๕๖๕ จำนวนผู้คลอด ๑,๐๒๓ ราย พบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension ; PIH) จำนวน ๒๖ ราย คิดเป็นอัตรา ๒.๕๔ ของผู้คลอดที่มาคลอด ผู้คลอดภาวะครรภ์เป็นพิษ ๖๖ ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ ๒.๑๘ ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด (Post partum hemorrhage) จำนวน ๕๓ อัตราร้อยละ ๕.๑ มีภาวะชัก ๑ รายคิดเป็นอัตราร้อยละ ๐.๐๙ ปี ๒๕๖๕ จำนวนผู้คลอด ๑,๑๒๙ ราย พบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension ; PIH) จำนวน ๓๒ ราย คิดเป็นอัตรา ๒.๘๓ ผู้คลอดภาวะครรภ์เป็นพิษ ๘ ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ ๐.๗๐ ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด (Post partum hemorrhage) จำนวน ๒๙ อัตราร้อยละ ๒.๕๖ มีภาวะชัก ๑ ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ ๐.๐๘ ปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้คลอด ๑,๐๕๒ ราย พบความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension ; PIH) จำนวน ๒๗ ราย คิดเป็นอัตรา ๒.๕๖ ของผู้คลอดที่มาคลอด ผู้คลอดภาวะครรภ์เป็นพิษ ๙ ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ ๐.๘๕ ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด (Post partum hemorrhage) จำนวน ๔๓ อัตราร้อยละ ๔.๐๘ มีภาวะชัก ๐ ราย คิดเป็นอัตราร้อยละ ๐ จากผลการดำเนินงานพบว่า แนวโน้มผู้คลอดมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๑. พยาบาลมีกระบวนการดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในทุกะยะของการคลอดและเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้คลอด

๒. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ผู้คลอดและครอบครัวพึงพอใจ

๓. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอัตราเสียชีวิตของผู้คลอด

๔. มีการนำ CPG มาใช้ในการดูแลผู้คลอด กลุ่มโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง น้ำเดินก่อนกำหนด ตั้งครรภ์เกินกำหนด เป็นต้น

๕. สำหรับผู้คลอดที่มีภาวะวิกฤติมีการกำหนด ความเสี่ยงสูง (Clinical Risk) และแนวทางในการดูแลผู้คลอด เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ภาวะช็อคจากการตกเลือดหลังคลอด

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๕.๒ เชิงคุณภาพ (ต่อ)

๖. มีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ แนวคิด D-METHOD เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ให้มีความรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน

๗. มีการติดตามเยี่ยมหลังคลอดโดยใช้ระบบโทรศัพท์เยี่ยมหลังจำหน่ายและให้คำปรึกษาปัญหาผู้คลอด ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๑) ด้านการบริหาร เป็นแนวทางในการมอบหมายงานในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะชักและตกเลือดหลังคลอด

๑.๑ ร่วมวางแผนพัฒนาแนวทางการดูแลคลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงกรณีมีการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

๒) ด้านการบริการ เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะชักและตกเลือดหลังคลอด

๒.๑ การจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Severe Pre-eclampsia และกรณี อื่นๆที่มีปัญหาซับซ้อน สำหรับโรงพยาบาลลูกข่าย ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาการพยาบาลผู้คลอด มารดา-ทารก ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมาก

๓) ด้านวิชาการ เป็นเอกสารทางวิชาการสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงร่วมกับมีภาวะชักและตกเลือดหลังคลอด

๓.๑ ใช้ในการเป็นตัวอย่างในการพัฒนาการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆให้ปลอดภัย

๓.๒ การจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Eclampsia และ case อื่นๆที่มีปัญหาซับซ้อน สำหรับโรงพยาบาลลูกข่าย ในรูปแบบ CQI, R๒R วิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้การพยาบาลผู้คลอด

๓.๓ พัฒนาระบบการดูแล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพยาบาลผู้คลอด มารดา-ทารก ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนมาก

๖.๒ ผลกระทบ

๑) ผลกระทบต่อผู้คลอดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและวิกฤติจากการคลอด ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะทุพพลภาพด้านมารดา ทารก และครอบครัว เกิดการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น

๒) ผลกระทบต่อทีมรักษา สูติแพทย์ แพทย์ พยาบาลควรมีความรู้ สมรรถนะในการ คัดกรอง คาดการณ์ ประเมิน เฝ้าระวังและวินิจฉัยปัญหาภาวะเสี่ยงทุกระยะของการคลอด ตลอดเวลาโดยบูรณาการความรู้ทางพยาธิวิทยา เกสซิววิทยา และการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนาระบบและรูปแบบการพยาบาลผู้คลอด ถ้าหากบกพร่อง เช่นขาดการประเมินที่มีประสิทธิภาพอาจส่งผลให้ผู้คลอดมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้

๓) ผลกระทบต่อระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่ายมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายและจากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น ถ้ากรณีที่มีอาการฉุกเฉินมากและอาการทรุดลง ระหว่างส่งต่อ โอกาสที่จะส่งผ่านเนื่องจากเกินศักยภาพสูง ทำให้ผู้คลอดและทารกยังมีอาการแย่งลง อาจถึงแก่ชีวิตได้

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา(ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ในการดำเนินงานครั้งนี้)

๑) ด้านการพยาบาล ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การชัก เกิดภาวะชักซ้ำได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกิดขึ้นได้ในระยะที่สองและที่สามของของกระบวนการคลอด มีทั้งสามารถคาดการณ์ป้องกันไม่ให้เกิดได้และไม่สามารถคาดการณ์ได้ แต่สามารถใช้ความเชี่ยวชาญของทีมสูติแพทย์ พยาบาลในการพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ชัก ช้ำซ้อน ช็อก และการเสียชีวิตของผู้คลอดและทารก ให้มีความปลอดภัยได้

๒) โรงพยาบาลลูกข่ายมีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีสูติแพทย์ เมื่อผู้คลอดมีปัญหาซับซ้อนโดยเฉาะนายที่มีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วย เมื่อต้องมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งมีระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์จึงอาจเกิดทำให้การแก้ปัญหาไม่ทัน

๓) ผู้คลอดกลุ่มเสี่ยง ที่มีความซับซ้อนในการดูแล จะต้องมีการกำหนด ภาวะเสี่ยง (Clinical risk) และแนวปฏิบัติในการดูแล ภาวะวิกฤติที่สำคัญ เช่น ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ ภาวะช็อกจากการตกเลือด ภาวะขาดออกซิเจนรุนแรงในทารก ควรมีการวินิจฉัย ค้นหาสาเหตุก่อนส่งต่อและให้การรักษาเพื่อให้ทารกมารดาคงที่ก่อนส่งต่อ อาจทำให้ระยะเวลาในการส่งต่อยาวนานมากขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑) การค้นหาภาวะแทรกซ้อนสามารถทำได้ตั้งแต่ระหว่าง การฝากครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะฝากครรภ์ ซึ่งพบว่ามารดาไม่ได้ฝากครรภ์ตามนัด ทำให้ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาต่อเนื่อง อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้

๒) การวินิจฉัยล่าช้า การแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะชักที่มีความวิกฤติเร่งด่วน เกินศักยภาพ

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการถอดบทเรียนกรณีศึกษาพบว่าครรภ์เป็นพิษเป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อมารดาหลายระบบ หากประเมินล่าช้า ให้การพยาบาลไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อชีวิตมากขึ้น จึงให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดความเสี่ยง จึงได้เสนอแนะพัฒนาแนวทางอย่างเป็นระบบในเครือข่าย ดังนี้

๑) พัฒนาระบบการฝากครรภ์คุณภาพในเครือข่าย เพื่อค้นหาและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงขณะตั้งครรภ์

๒) จัดทำแนวทางประเมินความเสี่ยง แนวทางดูแลภาวะความดันโลหิตสูง แนวทางส่งต่อ ในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและโรงพยาบาลลูกข่ายทั้ง ๕ แห่ง

๓) พัฒนาระบบบริการห้องคลอดคุณภาพ

๓.๑ จัดทำแนวทางการดูแล และ แบบประเมินการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

๓.๒ จัดทำแนวทางการดูแล และ แบบประเมินการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

๓.๓ พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง

๓.๔ พัฒนาสมรรถนะพยาบาลโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ การซ้อมแผนการดูแลมารดาในภาวะฉุกเฉิน และการช่วยฟื้นคืนชีพในห้องคลอด

๓.๕ จัดเตรียมความพร้อมด้านอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ยาและเวชภัณฑ์ การสำรองเลือด

๙. ข้อเสนอแนะ

๓.๖ พัฒนาระบบการนิเทศน์ กำกับ ติดตาม ประเมินผลการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้
 คลอดที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงและประยุกต์ใช้กับผู้คลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

๓.๗ ทบทวนร่วมกับทีมสหวิชาชีพเมื่อมีอุบัติการณ์ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงเพื่อปรับปรุงการ
 รักษาพยาบาล

๔) พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง การติดตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้คลอดมีปัญหาซับซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ
 เพื่อให้ผู้คลอดและญาติดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

๔.๑ พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลการรักษาหลังคลอด ระหว่างโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลตระการ
 พิษผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเครือข่ายและโรงพยาบาลลูกข่าย ๕ อำเภอ

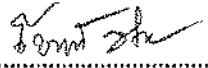
๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

การประชุมวิชาการ เรื่อง ความก้าวหน้าและการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลในยุค BAN1 จัดโดย สมาคม
 ศิษย์เก่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๖ ณ.วิทยาลัยพยาบาล
 บรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางโชติกาญจน์ ชล่วยเงิน สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

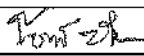
(นางโชติกาญจน์ ชล่วยเงิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(วันที่) ๔ / มกราคม / พ.ศ. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางโชติกาญจน์ ชล้วยเงิน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) 

(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

(ตำแหน่ง) รก.ในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) ๔ / มกราคม / พ.ศ. ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจุไรรัตน์ ทุมพันธ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิพิธผล

(วันที่) ๘ / มกราคม / พ.ศ. ๒๕๖๓

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้คลอดเครือข่ายบริการสุขภาพโซน ๒

๒. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๕๐ เตียง (ระดับ M๒) ที่มีแพทย์เฉพาะทางจำนวน ๑๑ สาขา และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย รับส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ยุ่ยากซับซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๕ แห่ง ปัจจุบันงานการพยาบาลผู้คลอด มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมจำนวน ๒ คน ให้บริการทางสูติกรรมตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยให้บริการหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไปที่เจ็บครรภ์จริงทั้งภาวะปกติและผิดปกติ บริการผู้คลอดทุกระยะของการคลอด ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด ๒ ชั่วโมง ด้านประเภทการคลอด ประกอบด้วย การคลอดปกติ คลอดผิดปกติ และผ่าตัดคลอดและบริบาลมารดา ทารก ในระยะ ๒ ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งต้องการการพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลห้องคลอดที่มีทักษะและประสบการณ์ในการตรวจและคัดกรองความเสี่ยงอย่างถูกต้องในการบำบัดรักษาพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีวิตทั้งมารดาและทารก ในภาวะวิกฤตได้อย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งต้องใช้ประสบการณ์ในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านบทบาทแม่ข่าย รับส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย ๕ โรงพยาบาล (ระดับ F๑-F๒) เพื่อรับกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะปกติและภาวะแทรกซ้อน วิกฤต อุกฉิน ยุ่ยากซับซ้อนทางสูติกรรม ที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ชุมชนลูกข่าย ถ้าเกินศักยภาพของโรงพยาบาลตระการพืชผลประเมินก่อนส่งต่อไปโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัด

ผู้คลอดนอกจากจะมีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์แล้วยังพบความเสี่ยงจากสาเหตุอื่น เช่น มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ประเทศไทยยังพบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดทุกปี โดยในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบอัตราการเสียชีวิตของมารดา ๒๔.๒๓, ๒๔.๒๖ และ ๒๓.๗๕ ตามลำดับ จากการทบทวนผลการส่งต่อในปี พ.ศ.๒๕๖๕ พบว่ามีการประสานการส่งต่อ จำนวน ๑๒๘ ราย รับไว้เพื่อคลอดที่โรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน ๑๐๓ ราย ไม่ได้รับไว้ ๒๕ รายเนื่องจากสูติแพทย์ไม่ได้อยู่เวรและเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่จะรับได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหา ด้านการส่งต่อที่ขาดการเชื่อมโยงและไม่ต่อเนื่อง การคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไม่เหมาะสมและล่าช้า และยังพบว่ามี การส่งตัวฉุกเฉินและมีอาการที่รุนแรง เช่น มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีภาวะ ชัก ซึ่กกร่วมด้วย การหาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อร่วมกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดการส่งต่อ การดูแลแบบไร้รอยต่อซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็น สำหรับโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งอยู่ปลายทาง กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้คลอด เป็นหนึ่งในกระบวนการหลักของการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก มักขาดศักยภาพและความพร้อมในการรักษา จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับ การรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ จะทำให้ ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด ลดการสูญเสีย มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อให้ผู้คลอดได้รับ การช่วยเหลือและเข้าถึงบริการตรวจรักษาที่มีคุณภาพ รวดเร็ว เหมาะสม

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนากระบวนการรับส่งต่อผู้คลอดของโรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายโซน ๒
๒. พัฒนาแนวปฏิบัติการรับส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลลูกข่ายทั้ง ๕ แห่ง
๓. เพื่อให้ผู้คลอดที่ส่งต่อได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
๔. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้คลอดมีความรู้ความเข้าใจ และใช้ เป็นแนวทางในการรับ-ส่งต่อผู้คลอดของโรงพยาบาลตระการพืชผล

ระยะเวลาการดำเนินการ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๕๐ เตียง (ระดับ M๒) และเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย รับส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ยุ่ยากซับซ้อนจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน ๕ แห่ง ปัจจุบันงานการพยาบาลผู้คลอด มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรมจำนวน ๒ คน ให้บริการทางสูติกรรมตลอด ๒๔ ชั่วโมง โดยให้บริการหญิงตั้งครรภ์และผู้คลอดที่มีอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ขึ้นไป ที่เจ็บครรภ์จริงทั้งภาวะปกติและผิดปกติ บทบาทแม่ข่าย รับส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย ๕ โรงพยาบาล (ระดับ F๑-F๒) เพื่อรับกลุ่มผู้คลอดที่มีภาวะปกติและภาวะแทรกซ้อน วิกฤต อุกฉิม ยุ่ยากซับซ้อนทางสูติกรรม ที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาของโรงพยาบาล ชุมชนลูกข่ายผู้คลอดนอกจากจะมีความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์แล้วยังพบความเสี่ยงจากสาเหตุอื่น เช่น มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ประเทศไทยยังพบว่ามีมารดาเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์และการคลอดทุกปี โดยในปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ พบอัตราการเสียชีวิตของมารดา ๒๔.๒๓, ๒๔.๒๖ และ ๒๓.๗๕ ตามลำดับ จากการทบทวนผลการส่งต่อในปี พ.ศ.๒๕๖๕ พบว่ามีการประสานการส่งต่อ จำนวน ๑๒๘ ราย รับไว้เพื่อคลอดที่โรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน ๑๐๓ ราย ไม่ได้รับไว้ ๒๕ ราย เนื่องจากสูติแพทย์ไม่ได้อยู่เวรและเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่จะรับได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหา ด้านการส่งต่อที่ขาดการเชื่อมโยงและไม่ต่อเนื่อง การคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไม่เหมาะสมและล่าช้า และยังพบว่าการส่งต่อฉุกเฉินและมืออากรที่รุนแรง เช่น มีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีภาวะ ชัก ซึ่กร่วมด้วย การหาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อร่วมกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เกิดการส่งต่อที่รวดเร็วปลอดภัยและเป็นเรื่องที่สำคัญ สำหรับโรงพยาบาลแม่ข่ายซึ่งอยู่ปลายทาง กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นหนึ่งในกระบวนการหลักของการให้บริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก มักขาดศักยภาพและความพร้อมในการรักษา จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับ การรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพจะทำให้ ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด ลดการสูญเสีย มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อให้ผู้คลอดได้รับ การช่วยเหลือและเข้าถึงบริการตรวจรักษา ที่มีคุณภาพ รวดเร็ว เหมาะสม

แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าและสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ๔ แนวคิดหลักเพื่อนำมาสู่ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้คลอดให้ได้รับความปลอดภัย โดยใช้แนวคิด กระบวนการพยาบาลและการประยุกต์ใช้ (Nursing Process and Implications) กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ เป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น

๓.๑ กระบวนการพยาบาลและการประยุกต์ใช้ (Nursing Process and Implications) เป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล มี ๕ ขั้นตอนดังนี้

๑.การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ตลอดควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี ๕ กิจกรรม ได้แก่ ๑. การเก็บข้อมูล (Collecting data) ๒. การตรวจสอบข้อมูล (Validating data) ๓. การจัดระบบข้อมูล (Organizing data) ๔. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) ๕. การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation)

๒.การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้ตลอดที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๓.การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี ๔ ขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้ ๑. จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา ๒. กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) ๓. การเลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities) ๔.การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan)

๔.การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

๕. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ

๓.๒ แนวคิดเชิงระบบ จุดสำคัญของแนวคิดคือ ความสัมพันธ์กันขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบ การทำหน้าที่ขององค์ประกอบต่างๆ ที่เชื่อมโยง ประสานกัน

๑. ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึง องค์ประกอบหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ระบบนั้น และนำไปสู่การดำเนินงานของระบบรวมถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ระบบต้องการ เป็นการนำเอาทรัพยากรซึ่งประกอบไปด้วย ๑) นโยบาย ๒) โครงสร้างคณะกรรมการ/ คณะทำงาน Service Plan นำมาใช้ในการจัดระบบบริการ ๓) การสนับสนุน ต่างๆ มาใช้ในการจัดระบบบริการ โดยนำเข้าสู่กระบวนการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

๒. กระบวนการ (Process) หมายถึง การดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับ โดยวิเคราะห์ส่วนขาดภายใต้แนวคิด The Six Building Blocks เพื่อให้เกิดแผนพัฒนาการจัดการกระบวนการ และดำเนินกระบวนการเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์กรหรือเป้าหมายของงาน

๓. ผลผลิต/ ผลลัพธ์ (Output/ Outcome) หมายถึง ความสำเร็จหรือผลที่เกิดจากนำ Input ผ่านกระบวนการดำเนินงาน ได้ผลลัพธ์ ด้านผู้ใช้บริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านองค์กร

๔. ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) หมายถึง การสะท้อนกลับโดยอาศัยข้อมูลที่ไต่จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างผลผลิตกับเป้าหมาย ข้อมูลเหล่านี้ใช้เพื่อปรับปรุงปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ ซึ่งผู้บริหารสามารถนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้การวางแผนการพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุดตามเป้าหมายที่ต้องการ

การส่งต่อผู้ตลอด หมายถึง การรับและการส่งผู้ป่วยเพื่อการตรวจรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่อง จากสถานบริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งสามารถให้บริการเหมาะสมกว่าจากระดับต่ำ ไปสู่ระดับสูง และจากระดับสูง

๓.๒ แนวคิดเชิงระบบ (ต่อ)

ไปสู่ระดับต่ำ เป็นการประสานงานร่วมกันทั้งสองทางระหว่างสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคที่ถูกต้องและต่อเนื่องตามความจำเป็นจนกว่าจะหายป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติหรือจนกว่าจะไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องรักษาต่อไปโดยมีหนังสือนำส่งผู้ป่วยตามแบบฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ (สุดาวดี หอมจู, ๒๕๔๓)

การส่งต่อผู้ป่วยมีความสำคัญมากในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากสถานบริการในแต่ละที่มีศักยภาพและบริบทในการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันและเหมาะสมกับโรคและความเจ็บป่วย ความต้องการการรักษาของผู้ป่วยที่ต่างกัน เนื่องจากสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงพร้อมให้บริการ ผู้ป่วยทุกระดับไม่ได้มีอยู่กระจายทั่วไปและไม่มีเพียงพอในการรับผู้ป่วยการรับและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน หายป่วยมีสุขภาพที่ดีโดยเร็ว และปลอดภัย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, ๒๕๕๗)

มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ ๓ การดูแลต่อเนื่องพยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่องให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยการเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย ประเมินสภาพให้การพยาบาลผู้ป่วยตามปัญหาแก้ไขภาวะฉุกเฉินและคุกคามชีวิตก่อนการส่งต่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ครอบคลุมปัญหาการรักษาพยาบาลที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งพร้อมเอกสารประจำตัวผู้ป่วยให้กับแพทย์หรือพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย (สำนัก การพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๑)

การบันทึกทางการพยาบาล ตามมาตรฐานที่ ๘ พยาบาลวิชาชีพ บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพและใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายโดยกำหนดแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลให้ถูกต้องและต่อเนื่องครอบคลุมเกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมถูกต้อง และต่อเนื่องข้อความที่บันทึกชัดเจนกะทัดรัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ประชุมปรึกษาหารือ ศึกษาปัญหา ทบทวนระบบการรับ ส่งต่อผู้คลอดจากโรงพยาบาลลูกข่ายทั้ง ๕ แห่ง นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่องการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการรับ ส่งต่อผู้คลอดในการส่งต่อของ

๒. โรงพยาบาลลูกข่าย ให้ผู้บังคับบัญชาและคณะกรรมการส่งต่อโรงพยาบาลตระการพิพิธผล

๓. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการจัดทำการพัฒนาแนวปฏิบัติการรับ ส่งต่อผู้คลอด

๔. ประชุมวางแผนการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการรับ ส่งต่อผู้คลอดในการส่งต่อโดยมีข้อมูล

เกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นของผู้คลอดข้อมูลของหน่วยงานที่ส่งต่อ การวินิจฉัยโรค ประวัติการ เจ็บป่วย การประเมินสภาพอาการปัจจุบันตามหลัก เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ การให้การพยาบาล และพยาบาลผู้บันทึก

๕. จัดทำแนวปฏิบัติและแนวทางการประเมินผู้คลอดในการส่งต่อตามที่ได้วางแผนไว้และนำไปให้

ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความถูกต้อง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๖. เสนอผู้บริหาร คณะกรรมการส่งต่อโรงพยาบาลพิพิธผล ผู้ที่เกี่ยวข้องพยาบาลวิชาชีพ ที่ส่งต่อผู้คลอด จากโรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลและปัญหาที่เกิดจากการใช้แบบประเมินผู้คลอดในการส่งต่อ

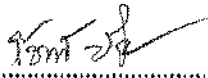
๗. ประเมินผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วยในการส่งต่อ ทุก ๓ เดือน และนำมาใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้คลอดเครือข่ายบริการสุขภาพโซน ๒

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้คลอดได้รับการประเมินทั้งก่อนส่งต่อและขณะส่งต่อได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
๒. ผู้คลอดที่ได้รับการส่งต่อได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขณะส่งต่อสามารถตรวจสอบได้จากข้อมูลที่ได้รับการประเมินผู้คลอด
๓. ศูนย์รับ-ส่งต่อ มีแนวทางปฏิบัติการรับส่งต่อ และแบบประเมินผู้คลอดในการส่งต่อเป็นไปในทเดียวกัน
๔. หน่วยงานที่รับส่งต่อผู้คลอดได้รับข้อมูลครบถ้วนและมีความพึงพอใจต่อระบบการส่งต่อ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้คลอดที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายได้รับการประเมินถูกต้องและครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐
๒. อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขณะส่งต่อ < ร้อยละ ๓
๓. ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้คลอด มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) 

(นางโชติกาญจน์ ชลฺยเงิน)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ในงานการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตระการพิชผล : ๒ กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ สิงหาคม ๒๕๖๕- ถึงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการอักเสบแพร่กระจายในร่างกายทั้งจากการติดเชื้อและไม่ใช้การติดเชื้อ ทำให้มีกระบวนการอักเสบก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการ Sepsis รวมไปถึง Septic shock ที่อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ (MODS) Sepsis ซึ่งเป็นภาวะสำคัญที่รุนแรงถึงกับชีวิตได้ อัตราเสียชีวิตจากภาวะ sepsis สูงถึง ๑ ใน ๔ ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด หากประเมินผู้ป่วยได้ในระยะแรก โดยใช้การประเมินและค้นหาผู้ป่วยที่สงสัยการติดเชื้อในกระแสเลือด SOS Score, SIRS criteria และใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วย sepsis ให้การรักษายาพยาบาลแบบมุ่งเป้าใน ๖ ชั่วโมงแรก (EGDT) และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดให้พ้นภาวะช็อก ชะลอการเกิดอวัยวะล้มเหลว และลดอัตราการเสียชีวิตได้

โรงพยาบาลตระการพิชผลเป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตามขนาด M๒ ขนาด ๑๕๐ เตียง ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลตระการพิชผล สาเหตุการตายผู้ป่วยใน ๓ อันดับแรก ปี ๒๕๖๕ ๑. การติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicaemia) ๒. การติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) ๓. การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Respiratory failure) จากสถิติอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Sepsis/Septic Shock ในโรงพยาบาลตระการพิชผล (เป้าหมาย<๓๐%) ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ คือ ร้อยละ ๒.๐๒ ,๔.๖๕,๗.๕๒,๐.๖๒ และ ๔ ตามลำดับ อัตราผู้ป่วย Sepsis/Septic shock เข้าถึง ATB ภายใน ๖๐ นาที (เป้าหมาย>๙๐%) ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๖ คือ ร้อยละ ๗๘.๘๖, ๘๐.๖๒, ๘๖.๓๒, ๗๐.๐๖ และ ๘๒.๖๖ ตามลำดับ จากวิเคราะห์พบว่า การได้รับ ATB ภายใน ๖๐ นาที ยังไม่ผ่านเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มดีขึ้น ได้มีกระบวนการทบทวนและพัฒนาเรื่องการประเมินและกระบวนการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มสมรรถนะในการประเมินร่วมกับการใช้ SEPSIS Bundle (แบบประเมิน SOS Score) มีการนำเครื่องมือมาช่วยในการวินิจฉัยตั้งแต่การใช้ SIRS Criteria ในหน่วยบริการ และมีการออกแบบ Standing order sepsis เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis/ severe sepsis /septic shock โดยใช้ Early warning sign ที่ปรับปรุง CPG ในการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis และ Septic shock โดยมุ่งเน้น Early goal direct therapy strategies นำ SIRS criteria มาช่วยในการวินิจฉัย sepsis เพื่อการส่งตรวจ Investigate ที่เหมาะสมช่วยในการเฝ้าระวังใช้ปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และส่งผลให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วยกลุ่มนี้มุ่งเน้นให้การรักษายาพยาบาล แบบมุ่งเป้าใน ๖ ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy : EGDT) ในทุกกระบวนการต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนให้ความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นไปในทางที่ดี บทบาทที่สำคัญของพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความสำคัญในทุกกระบวนการโดยต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

จากความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดทำรายงานการศึกษาระดับปริญญาโท เรื่องการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย septic shock เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพยาบาลระยะฉุกเฉินมุ่งเป้าใน ๖ ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy : EGDT) โดยเริ่มใช้ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ในผู้ป่วย Septic shock ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis guideline ที่ได้ปรับมุ่งเป้าใน ๖ ชั่วโมงแรก (Early goal direct therapy : EGDT) พัฒนาขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโรงพยาบาลตระการพิชผล ลดอัตราการเสียชีวิตใน ๓ โรค ๓S: Stroke, STEMI, Sepsis

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
๒. เพื่อเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ได้รับการรักษาพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐาน

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

๔.๑ ขั้นตอนการดำเนินงาน การศึกษาค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการศึกษาข้อมูลรายกรณี (Case study) โดยซักถามผู้ป่วยและญาติ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน เปรียบเทียบ จำนวน ๒ ราย และเปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยกับการดูแลที่ควรเป็นไปตาม ทฤษฎี การใช้แบบประเมิน SOS Score ,SIRS criteria, CPG Sepsis ดูแลให้การพยาบาลมุ่งเป้า ๒ ชั่วโมงแรก พยาบาลจะต้องรับประเมินคัดกรองและจัดให้แพทย์ตรวจทันที พร้อมเตรียมการประสานงานปรึกษาแพทย์เฉพาะ สาขาและส่งต่ออย่างรวดเร็วเพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นและ ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแล ตนเอง สามารถดูแลตนเองปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข แนวคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางาน มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทาง วิชาการ คือ

๑. ความหมาย พยาธิสภาพของโรค
๒. การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
๓. แนวทางการดูแลและบทบาทของพยาบาล
๔. กรณีศึกษา เปรียบเทียบกรณีศึกษา
๕. การวินิจฉัยทางการพยาบาล
๖. การนำไปใช้ประโยชน์

๔.๒ สาระสำคัญ

ภาวะช็อก เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนโลหิตไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จนอาจทำให้เกิดการล้มเหลวของอวัยวะที่สำคัญต่างๆ ในร่างกาย เช่น ไตวาย ระบบหายใจล้มเหลว หรือการทำงานของสมอง ล้มเหลว ใน ปัจจุบันการรักษาภาวะช็อกจะเน้นที่สาเหตุของภาวะช็อกโดยพยายามหาสาเหตุและแก้ไขไปตาม สาเหตุต่างๆ ซึ่งต่างกันตาม พยาธิสรีระวิทยาของภาวะช็อกแต่ละประเภท ภาวะช็อกจากการเสียน้ำและเลือดเป็น ภาวะช็อกที่พบได้บ่อย การศึกษาถึง พยาธิสรีระวิทยาเกี่ยวกับสาเหตุภาวะช็อก จะทำให้พยาบาลสามารถให้ ประเมินอาการได้อย่างทันที่ทั้งที่ อีกทั้งยังสามารถให้ การพยาบาลได้อย่างถูกต้องตามทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอด ชีวิตที่สูงขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ความหมายของภาวะช็อก

ช็อก (shock) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากการไหลเวียนล้มเหลว ทำให้เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ กับ ความต้องการของร่างกาย เซลล์ขาดออกซิเจน และอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว

ระยะของการเกิดภาวะช็อก (Stage of shock) แบ่งได้เป็น ๓ ระยะ คือ ระยะแรกหรือระยะปรับชดเชย ระยะก้าวหน้าและ ระยะไม่สามารถฟื้นคืน ดังนี้

๑. ระยะแรกหรือระยะปรับชดเชย (Early, Reversible, and Compensated stage) เป็นระยะที่จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน ๑ นาที (CO) เริ่มไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยร่างกายจะมีกลไกปรับชดเชย (compensatory mechanism) เพื่อให้มีความสมดุลของระบบการไหลเวียนเลือด มีพลังงานเพียงพอกับความ ต้องการของ ร่างกาย อวัยวะที่สำคัญจะได้รับเลือดเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดย เมื่อปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนลดลงจะทำให้ความดันโลหิตลดลงด้วยซึ่งมีผลไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ระบบประสาท sympathetic ทำงานเพิ่มขึ้น มี การหลั่ง catecholamine มากขึ้น มีผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว ยกเว้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองและหัวใจ อัตรา การเต้นของหัวใจเร็วขึ้นและกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้แรงขึ้น ผลจากการปรับชดเชยนี้จะทำให้ความดันโลหิตมีแนวโน้มอยู่ใน เกณฑ์ปกติ

๒. ระยะก้าวหน้า (Progressive stage) ภาวะช็อกยังดำเนินต่อไปและไม่ได้รับการแก้ไข เป็นระยะที่ร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยเพื่อรักษาความสมดุลของระบบไหลเวียนไว้ได้ ทำให้ ๑)เนื้อเยื่อขาดเลือดและ ออกซิเจน (anaerobic metabolism) และเกิดภาวะ lactic acidosis ภาวะกรดและมีการเพิ่มขึ้นของระดับ คาร์บอนได ออกไซด์ (PaCO₂) ๒) ภาวะ lactic acidosis มีผลให้การซึมผ่านของสารใน capillary สูงขึ้น ทำให้มีการสูญเสียน้ำเข้าไปอยู่ในช่องว่างระหว่างเซลล์ ส่งผลให้ปริมาณเลือดไหลเวียนในร่างกายลดลงด้วย ๓)การบีบตัว ของหัวใจจะลดลงจากภาวะขาดเลือดและ ภาวะกรดทำให้ cardiac output ลดลงไปอีก

๓. ระยะไม่สามารถฟื้นคืน (Irreversible stage) เป็นระยะสุดท้าย เมื่อภาวะช็อกไม่ได้รับการแก้ไข ภาวะความเป็นกรดเพิ่มมากขึ้นและเซลล์ขาดออกซิเจนไปเลี้ยงเป็นเวลานาน ทำให้เซลล์ตายและอวัยวะต่างๆล้มเหลว (Organ failure) เมื่อถึงระยะนี้จะไม่สามารถแก้ไขได้ สุดท้ายผู้ป่วยจะเสียชีวิตตามมา

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อก

อาการและอาการแสดงของภาวะช็อกขึ้นกับสาเหตุของภาวะช็อกแต่ละชนิด แต่มักจะมีอาการที่เหมือนกัน ดังนี้ (นภา ศิริวัฒนากุล, ๒๕๕๔) คือ

๑. ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) แบ่งเป็น ๑) ความดันโลหิต systolic น้อยกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท ๒) มีการลดลงของความดันโลหิต systolic มากกว่า ๔๐ มิลลิเมตรปรอท จากความดันโลหิตเดิมของ ผู้ป่วย

๒.ระบบไต เมื่อเกิดภาวะช็อกไตจะเป็นอวัยวะที่ตอบสนองเร็วที่สุด โดยระบบไหลเวียนเลือดมาที่ไตลดลง (renal blood flow) ทำให้ท่อไตขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน (acute tubular necrosis: ATN)จึงทำให้อัตราการกรอง และ ปริมาณน้ำปัสสาวะลดลง (Oliguria)

๓.ระดับความรู้สึกตัวภาวะช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอซึ่งโดยปกติร่างกายจะมีกลไกอัตโนมัติ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ ทำให้ระยะแรกสมองจะไม่ได้รับผลกระทบ แต่ถ้าภาวะช็อกยังดำเนินต่อไป ผู้ป่วยจะมีอาการระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น กระสับกระส่าย สับสน จนสุดท้ายผู้ป่วยจะเริ่มซึมหมดสติ

๔. ผิวหนัง ผู้ป่วยจะมีผิวหนังเย็น (cool) ซึ่งเกิดจากการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ภาวะความเป็นกรด-ด่างของร่างกาย: มีการเพิ่มขึ้นของ lactate ในกระแสเลือด จากกลไกของ anaerobic metabolism และการขับ lactate ออกจากร่างกายที่ลดลงจากการทำงานของตับและไตที่แย่งลง

ช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock)

เกิดจากการมีเชื้อเข้าสู่ร่างกาย เช่น เชื้อแบคทีเรีย เชื้อที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มากที่สุดคือ Escherichia coli และเชื้อกรัมนลบอื่นๆ ได้แก่ klebsiella pneumonia, Enterobacter aerogenes, Serratia marcescens, pseudomonas aeruginosa และ proteus species ส่วนเชื้อกรัมนบวก คือ staphylococcus aureus ส่วนเชื้อรา ไวรัส และโปรโตซัว ก็ทำให้เกิดภาวะช็อกได้แต่มีอุบัติการณ์การเกิดน้อยกว่า โดยผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด septic shock คือ อายุ < ๑ ปี หรือ > ๖๕ ปี เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพโภชนาการ ได้รับการผ่าตัดที่มีการสอดใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย ผู้ที่มีแผลไหม้ และระบบภูมิคุ้มกันต้านทานบกพร่อง เช่น ผู้ที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้ที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน

คำจำกัดความเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (วิจิตรา กุสุมภ์และอรุณี เสงยศมาก, ๒๕๖๐)

๑. Bacteremia คือ การพบเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในกระแสเลือดของผู้ป่วย โดยไม่มีอาการแสดง วินิจฉัยโดยการเพาะแยกเชื้อแบคทีเรียได้จากเลือด
๒. Systemic inflammatory response syndromes (SIRS) คือ กลุ่มอาการแสดงของการตอบสนองทาง Systemic ต่อการติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยอาการ ๒ อาการขึ้นไป ดังนี้
 - ๑) อุณหภูมิร่างกายมากกว่า ๓๘.๓°C หรือน้อยกว่า ๓๖°C หนาวสั่น
 - ๒) อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า ๙๐ ครั้ง/นาที
 - ๓) อัตราการหายใจมากกว่า ๒๐ ครั้ง/นาทีหรือ PaCO₂ น้อยกว่า ๓๒ มม.ปรอท
 - ๔) เม็ดเลือดขาวมากกว่า ๑๒,๐๐๐ หรือน้อยกว่า ๔,๐๐๐ เซลล์/ลบ.มม. หรือมี immature band form มากกว่าร้อยละ ๑๐

๓. Sepsis/ Septicemia คือ การมีอาการหรือร่องรอยของการติดเชื้อร่วมกับการตอบสนองทาง systemic ต่อการติดเชื้อ (มีภาวะ SIRS ร่วมกับการติดเชื้อ)

๔. Septic shock คือ ภาวะ sepsis ร่วมกับความดันโลหิตต่ำทั้งที่ได้รับสารน้ำชดเชยอย่างเพียงพอ และมีอาการแสดงของ tissue perfusion ไม่เพียงพอ

พยาธิสภาพของภาวะช็อกจากการติดเชื้อ

เมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อ แบคทีเรียจะมีการปล่อยสารพิษ หรือ endotoxin ไปกระตุ้นคอมพลีเมนต์และ เม็ดเลือดขาวชนิดทำให้เกิดการหลั่งสารต่างๆ เช่น tumor necrotic factor(TNF), interleukin (IL-๑,IL-๒,IL-๖), platelet activating factor (PAF), catecholamine, kinins, endothelium dependent vasodilator และ endothelium dependent vasoconstrictor ซึ่งออกฤทธิ์ทั้งขยายตัวและหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ซึ่งในระยะแรกฤทธิ์ของสารที่ขยายหลอดเลือดมากกว่า ทำให้แรงต้านทานของหลอดเลือดลดลง ในระยะหลังฤทธิ์ของสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัวจะเด่นทำให้มีการตายของ endothelial cell มีการรั่วของสารน้ำและพลาสมาออกนอกหลอดเลือดเนื่องจาก permeability ของผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นและปริมาณเลือดไหลเวียนจะลดน้อยลงอีก

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การประเมินภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

๑. การซักประวัติ ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อกขั้นรุนแรงต่อไป ได้แก่ แหล่งของการติดเชื้อ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว อาการสำคัญ และประวัติความเจ็บป่วยต่าง ๆ เป็นต้น

๒. การตรวจร่างกายระบบต่าง ๆ เพื่อประเมินระยะของช็อก (Seckel, ๒๐๑๗; Rosenberger, Von Rueden, & Des Champs, ๒๐๑๘) คือ

๒.๑ ระบบประสาท ในระยะแรกที่มีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic เพิ่ม การหลั่งของ Epinephrine ร่วมกับการลดลงของความดันโลหิตทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึก กระสับกระส่าย หงุดหงิด สับสน เมื่อภาวะช็อกก้าวหน้าจนเข้าสู่ระยะหลัง ผู้ป่วยจะซีดลงและไม่รู้สึกตัว

๒.๒ ผิวหนัง จากการกระตุ้นระบบ Sympathetic ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด เกิดการกระตุ้นบริเวณผิวหนังและต่อมเหงื่อ ผิวหนังผู้ป่วยจะมีสีชมพูและอุ่นในระยะแรก แต่เมื่อภาวะช็อกดำเนินต่อไป จะมีการทำงานของระบบ Sympathetic มากขึ้น ผิวหนังก็จะมีลักษณะเย็นขึ้นเช่นเดียวกับภาวะช็อกอื่น ๆ

๒.๓ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ชีพจรเบาเร็ว จากการกระตุ้นของระบบประสาท Sympathetic เพื่อรักษา ระบบไหลเวียนเลือดให้เพียงพอ ความดันโลหิตลดลง โดยความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่า ๙๐ มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตลดลงมากกว่า ๔๐ มิลลิเมตรปรอทจากระดับความดันโลหิตเดิม รวมถึงการมีผลต่างของความดันซิสโตลิกกับไดแอสโตลิก (Pulse Pressure) แคบกว่า ๒๐ มิลลิเมตรปรอท Capillary Refill Time นานกว่าปกติ จากหลอดเลือดมีการหดตัว บ่งบอกถึงความสามารถของการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลาย

๒.๔ ระบบหายใจ ในภาวะช็อกเนื้อเยื่อของร่างกายจะมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและเนื้อเยื่อต่างๆ ขาดออกซิเจน เกิดการเผาผลาญโดยไม่ใช้ออกซิเจน ทำให้มีการคั่งของ Lactic acid ร่างกายจะอยู่ในภาวะกรด จากการเผาผลาญ (Metabolic Acidosis) และปรับชดเชยด้วยการหายใจเร็วขึ้น

๒.๕ ระบบไต การไหลเวียนโลหิตลดลงในระยะหลัง ทำให้จำนวนปัสสาวะน้อยลงจนไม่มีปัสสาวะ ออกเลย ควรรักษาจำนวนปัสสาวะให้ได้มากกว่า ๐.๕ มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ปัสสาวะที่น้อยกว่านี้แสดงว่าเกิด การตายเฉียบพลันของท่อไต (Acute Tubular Necrosis) จากเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ

๓. การใช้แบบประเมินการทำงานของอวัยวะล้มเหลวที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือด การประเมินของพยาบาลนับว่ามีความสำคัญ เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสได้เจอผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อจากบ้าน หรือชุมชน และผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน พยาบาลจึงควรมีองค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ ได้แก่เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน Sepsis ใน ระยะแรกได้รวดเร็ว คือ The Quick SOFA (qSOFA), The SOFA, SOS Score และ MEWS Score เป็นต้น

แนวทางการดูแลและบทบาทของพยาบาล

The Surviving Sepsis Campaign Bundle: ๒๐๑๘ update (Levy, Evans & Rhodes, ๒๐๑๘) กล่าวถึงแนวทางการดูแลรักษาแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วใน ๑ ชั่วโมงแรก และการดูแลแบบมุ่งเป้าหมายใน ๖ ชั่วโมง ในประเทศไทยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (The Thai Society of Critical Care Medicine, ๒๐๑๗) ได้นำมาสรุปเป็นแนวทางการรักษาภาวะ Septic Shock บทบาทของพยาบาลที่สำคัญมีดังนี้

๑. การประเมินภาวะ Sepsis และ Septic Shock โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการใช้แบบประเมินต่าง ๆ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. การตรวจหาระดับแลคเตทในเลือด ค่าแลคเตทในเลือด > 2 มิลลิโมลต่อลิตร หมายถึง Sepsis
๓. การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ (Hemoculture) เมื่อมีการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อ และมีแผนการรักษาให้ยาต้านจุลชีพ ควรมีการเจาะ Hemoculture และสารคัดหลั่งต่าง ๆ ที่น่าจะเป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ (Srivisai, & Onseong, ๒๐๑๗) พยาบาลควรเก็บสิ่งส่งตรวจก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ และใช้หลักสะอาดปราศจากเชื้อ เพื่อให้การส่งเพาะเชื้อมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสม การควบคุมแหล่งการติดเชื้อ พยาบาลควรหาแหล่งหรืออวัยวะที่มีการติดเชื้อ (Source of Infection) ร่วมกับแพทย์ หากพบว่าเป็นแหล่งของการติดเชื้อ ควรถอดสายสวน หรืออุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายออก หากไม่จำเป็นแล้ว หรือเปลี่ยนใหม่
๔. การดูแลให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำเพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ซึ่งควรให้ยาที่เหมาะสมกับการติดเชื้อ โดยในช่วงแรกแนะนำให้ใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้าง (Broad Spectrum Antibiotics) และครอบคลุมเชื้อที่สงสัย เร็วที่สุดภายใน ๑ ชั่วโมง (Makic & Bridges, ๒๐๑๘) หลัง การวินิจฉัย Sepsis และ Septic Shock เมื่อผลเพาะเชื้อขึ้นแล้ว ควรเปลี่ยนยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้อแคบ
๕. การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ควรใช้เทคนิค Fluid Challenge test เมื่อต้องให้สารน้ำอย่างต่อเนื่อง และเลือกให้สารน้ำประเภท Crystalloid เป็นตัวเลือกแรก ในการเพิ่มปริมาณน้ำในผู้ป่วย Sepsis และ Septic Shock ในกรณีที่มีระดับความดันโลหิตต่ำหรือมีค่าแลคเตทในเลือด ≥ 4 มิลลิโมลต่อลิตร อัตราการให้ สารน้ำอย่างน้อย ๓๐ มิลลิลิตร/กิโลกรัม (Levy, Evans, & Rhodes, ๒๐๑๙) ภายใน ๓ ชั่วโมง โดยให้อัตราที่เร็ว ๕๐๐-๑๐๐๐ มิลลิลิตรใน ๑ ชั่วโมงแรก พยาบาลควรติดตามปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Intravascular Volume) เป็นระยะ ๆ ได้แก่ Jugular Venous Pressure (JVP) ประมาณ ๓-๕ cmH₂O, Central Venous Pressure (CVP) ประมาณ ๑๐- ๑๕ cmH₂O, Pulmonary Capillary Wedge Pressure (PCWP) ประมาณ ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันผลข้างเคียงที่อาจเกิด จากการได้รับสารน้ำในปริมาณมากและรวดเร็ว การประเมินภาวะน้ำเกิน เช่น ไอ มีเสมหะเป็นน้ำมีฟอง ฟังปอด พบเสียง Crepitation ควรรายงานแพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ปอดเพื่อประเมิน Pulmonary edema หรือ หยุดการ ให้สารน้ำ
๖. การดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด (Vasopressors) หลังจาก Fluid Resuscitation เพื่อให้ได้ MAP ≥ 65 mmHg โดยทั่วไปนิยมให้ Dopamine ๕-๑๕ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ และ Norepinephrine ๐.๒ - ๒ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ โดยทั่วไปการใช้ Dopamine ขนาดต่ำ ๆ เป็นยาเริ่มต้น เนื่องจากสามารถเพิ่ม Cardiac Contractility เพิ่ม Cardiac Output และเพิ่มความดันโลหิตได้ แต่ถ้าใช้ในขนาดที่สูงมากกว่า ๒๐ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ อาจทำให้หัวใจเต้น ผิดจังหวะได้ การใช้ Norepinephrine จึงมีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มความดันโลหิต และทำให้เกิดปัญหา Tachycardia ได้น้อยกว่า Dopamine พยาบาลมีหน้าที่ติดตามระดับความดันโลหิตและปรับขนาดยาตามแผนการรักษา (Wattanawanit, ๒๐๑๗)
๗. การติดตามและประเมินปริมาณปัสสาวะทุก ๑ ชั่วโมง เพื่อประเมิน Tissue Perfusion และติดตามประสิทธิภาพการทำงานของไต เมื่อระวังภาวะไตวาย รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า ๐.๕ ml/kg/hr
๘. การดูแลให้ออกซิเจน เพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายมีออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการ พยาบาลควรให้ออกซิเจนผู้ป่วยตามความเหมาะสม พยาบาลควรติดตามและปรับการให้ออกซิเจนเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ O₂ Saturation Room Air $> 95\%$ (Srivisai, & Onseong, ๒๐๑๗)
๙. การดูแลให้ยา Adrenaline หากให้การรักษาด้วย Vasopressors แล้ว ค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ยังมีค่าต่ำกว่า ๖๕ mmHg พิจารณาให้ Adrenaline Intravenous เพื่อให้ได้ MAP ≥ 65 mmHg พยาบาลควรให้ยาด้วยความระมัดระวัง ติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุกครั้ง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๐. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะ ๆ อย่างเพียงพอ ทั้งโรคที่ผู้ป่วยเป็น สาเหตุของการเกิดโรค การรักษาของแพทย์และการพยาบาล รวมทั้งเหตุผลในการให้การพยาบาล เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เกิดขึ้นทันทีทันใดและผู้ป่วยอาจมีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ดังนั้นอาจเป็นการยากที่ญาติของผู้ป่วยจะสามารถทำใจยอมรับกับภาวะฉุกเฉินได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติเกิดความเข้าใจ ยอมรับการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ ๑

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๔๔ ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา ๑๓.๐๘ น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ไข้สูง ร่วมกับวิงเวียนศีรษะ มา ๑ ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ปัสสาวะปกติ ยังไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ๑ ชั่วโมงก่อนมา มีไข้สูง ร่วมกับวิงเวียนศีรษะหน้ามืด จึงมาโรงพยาบาล แรกรับ T=๓๘.๖°C, PR=๑๒๐/min, RR=๒๔ /min, BP=๑๕๒/๙๙ mmHg. O₂ sat=๙๒% แพทย์ตรวจร่างกายพบ GA: look drowsy, E_tV<M๖, Heart: Tachycardia, Lung: clear, equal BS, RR=๒๖/min with retraction Advice ญาติให้ใส่ท่อช่วยหายใจ on ETT No ๖.๕ depth ๒๐ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ PR=๑๓๐ /min, O₂=๑๐๐% BP=๑๕๘/๘๒ mmHg. แพทย์วินิจฉัย Septic shock with Respiratory failure ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น HT, DLP, DM diet control, LN obstruction Lt. leg S/P Lymphovenous anastomosis (๑๔/๒/๖๓ รพ.พระมงกุฎ) ปรีกษาแพทย์อายุรกรรมร่วมดูแล on ETT No.๖.๕ depth ๒๐ ประเมินตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis เข้าเกณฑ์ SIRS ครบทั้ง ๔ ข้อ และประเมิน SOS Score = ๕ คะแนน เจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ ตรวจ serum lactate ใส่สายสวนปัสสาวะเก็บปัสสาวะส่งตรวจ ใส่สาย NG ต่อลงดู เริ่มให้ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง คือ Ceftriaxone ๒ gm. IV at ๑๓.๒๕. Load ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ ml vein drip ๑๐๐ cc/hr. ผล Lab แรกรับที่ผิดปกติ คือ WBC ๑๔๗๒๐ cell/mm^๓, Hct. ๓๐%, Hb. ๑๐.๒ g/dl, Neu. ๘๖%, Lactate ๓.๒ mmol/L, UA: , DTX=๒๕๔mg% ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เวลา ๑๕.๓๐ น. at ward ICU ผู้ป่วย E_tV<M๖ PR=๑๑๕ /min, RR=๒๔ /min, BP=๑๒๗/๘๓ mmHg. O₂ sat=๑๐๐% on Ventilator PCV mode IP ๑๘, PEEP ๕, FiO₂ ๐.๔, RR ๒๐ keep O₂ Sat >๙๔% หลังรับไว้ ๖ ชั่วโมงแรก PR=๑๒๔ /min, RR=๒๔ /min, BP=๑๐๕/๘๖ mmHg. O₂ sat=๑๐๐% urine ๑๐๐ cc/hr. พบว่ามีภาวะ Hypokalemia ให้ E.KCL ๓๐ ml ๑ dose. ตรวจพบ ขาบวมแดงข้างซ้าย หลังรับไว้ ๑๑ ชั่วโมง มี RR ๑๖ ครั้ง/นาที BP=๙๕/๖๘ mmHg, PR=๑๑๔ /min. แพทย์ให้ Obs. BP if MAP < ๖๕ mmHg. Start Levophed (๔.๒๕๐) IV drip ๑๐ ml/hr. titrate ทีละ ๓ ml/hr. q ๑๕ min. keep MAP > ๖๕ mmHg. หลังรับไว้ ๒๔ ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไข้สูง ๓๗-๓๙.๕ C ร่วมกับ BP ต่ำ พบขาบวม cellulitis Lt. leg Consult Sx. เรื่อง R/O NF ร่วมดูแล ภายหลังการดูแลในโรงพยาบาล ๒๐ วัน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ แพทย์วินิจฉัย Septic shock with lactic acidosis c NF Lt. Leg

กรณีศึกษารายที่ ๒

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๕๒ ปี เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เวลา ๑๙.๐๐ น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ ไข้สูง ทนาวสัน โอมิเสมหะ มา ๒ วัน ประวัติการเจ็บป่วย ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ทนาวสัน โอมิ เสมหะสีขาว ไม่มีน้ำมูก ทนาวสันใช้ อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล แรกรับ T=๔๑.๒ °C, PR=๑๔๐/min, RR=๒๐ /min, BP=๗๗/๓๗ mmHg. O₂ sat=๙๖% แพทย์ตรวจร่างกายพบ GA: Good cons. mild dysnea, E_tV<M๖, Lung: clear silver tube no secretion, bed sore at coccyx แผลแห้งดี ไม่มีหนอง. Load ๐.๙% NSS ๒๐๐๐ ml then ๘๐ cc/hr. หลังให้สารน้ำ BP=๘๕/๘๓ mmHg, PR=๑๑๐ /min ผล แพทย์วินิจฉัย Sepsis with Septic shock ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Paraplegia with bed sore on TT ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมร่วมดูแล ประเมินตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis เข้าเกณฑ์ SIRS ครบทั้ง ๓ ข้อ และประเมิน SOS Score = ๘ คะแนน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ปฏิบัติตามแนวทาง CPG Sepsis เจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อ ๒ ขวด ตรวจ serum lactate, CBC, BUN, Cr, E'lyte, Sptum G/S, C/S, CXR, EKG เวลา ๒๐.๑๕ น. เริ่มให้ Antibiotic คือ Ceftriaxone ๒ gm. IV. Load ๐.๙% NSS ๒๐๐๐ ml then ๘๐ cc/hr. BP ต่ำ Start Levophed ๔:๒๕๐ vein ๑๐ ml/hr. at ๒๑.๔๐ น. Repeat BP = ๘๕/๘๓ mmHg., P=๑๑๐/min. ผล Lab แรกรับที่ผิดปกติ คือ WBC ๑๑๕๓๐ cell/mm๓, Hct. ๑๙%, Hb. ๖ g/dl, Neu. ๘๙%, Lactate ๑.๙ mmol/L, UCr=๐.๗๓, GFR=๑๐๖.๖๕, Sputum G/S=Gram positive cocci in pair ส่งผู้ป่วยเข้ารับการ รักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) เวลา ๒๑.๔๖ น. at ward ICU ผู้ป่วย E๔VTM๖ T=๓๘.๗ °C PR=๑๑๐ /min, RR=๒๐ /min, BP=๑๐๑/๗๐ mmHg. on Levophed ๔:๒๕๐ vein ๑๐ ml/hr. Keep MAP ≥ ๖๕ mmHg. on TT-tube O๒ sat= ๙๗% Retain Foley cath. เพื่อติดตาม urine out put หลังรับไว้ ๖ ชั่วโมงแรก เปลี่ยน Antibiotic เป็น Tienam ๕๐๐ mg vein at ๒๓.๕๐ น. PR=๑๑๒ /min, RR=๒๐ /min, BP=๘๙/๕๖ mmHg. O๒ sat=๙๗% urine ๑๐๐ cc/hr. ยังมี ปัญหา BP ต่ำ MAP ๖๒-๘๓ แพทย์พิจารณารับ Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๑๕ ml/hr. titrate ทีละ ๕ ml/hr q ๓๐ min หลังรับไว้ ๒๔ ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย on TT ไม่มีไข้ BP ปกติ MAP ๖๕-๘๓ mmHg ยัง On Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๒๕ ml/hr. ภายหลังการดูแลในโรงพยาบาล ๑๐ วัน จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ แพทย์วินิจฉัย Septic shock with Pneumonia

เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

ประเมิน SIRS

SIRS	อาการแสดงของผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ ๑	อาการแสดงของผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ ๒
๑. Temperature >๓๘°C or <๓๖°C ๒. Respiratory rate >๒๐ beats/min or PaCO _๒ <๓๒ mmHg. ๓. Heart rate >๙๐ beats/min ๔. WBC >๑๒,๐๐๐ cell/mm๓ หรือ <๔,๐๐๐ cell/mm๓ หรือมี band form neutrophil >๑๐%	มีไข้ ๓๙.๖°C หายใจ ๒๔ ครั้งต่อนาที HR=๑๒๐ ครั้ง/นาที WBC= ๑๔๗๒๐ cell/mm๓	มีไข้ ๔๑.๒°C หายใจ ๒๐ ครั้งต่อนาที HR=๑๔๐ ครั้ง/นาที WBC=๑๑๕๓๐cell/mm๓

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)
 เปรียบเทียบข้อแตกต่างกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย(ต่อ)

SOS Score Search out Severity Score (SOS score) ประเมินสัญญาณเตือนก่อน เข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วย

Score	๓	๒	๑	๐	๑	๒	๓	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
Temp		≤๓๕	๓๕.๑-๓๖	๓๖.๑-๓๘.๕	๓๘.๕-๓๘.๕	≥๓๘.๕		๒	๒
Sys BP	≤ ๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐	๑๐๑-๑๘๐	๑๘๑-๑๙๙	≥๒๐๐	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต	๐	๓
HR	≤ ๕๐		๕๑-๕๐	๕๑-๑๐๐	๑๐๐-๑๒๐	๑๒๑-๑๓๙	≥๑๔๐	๑	๓
RR	≤๘	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		๙-๒๐	๒๑-๒๕	๒๖-๓๕	≥๓๕	๑	๐
Neuro sing			New Confusion Agitation	A Alert	V Respond to voice	P Respond to pain	U unresponsiveness	๑	๐
Urine/day หรือ Urine/๘ hr. หรือ Urine/๔ hr. หรือ Urine/๑ hr.		≤๕๐๐ ≤๑๖๐ ≤๘๐ ≤๒๐	๕๐๑-๙๙๙ ๑๖๑-๓๑๙ ๘๑-๑๕๙ ๒๑-๓๙	≥ ๑,๐๐๐ ๒๓๒๐ ๒๑๖๐ ๒๕๐				๐	๐
รวมคะแนน								๕	๘

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์มีภาวะ sepsis จากการประเมิน SBIS และ SOS Score จึงทำการ Assess Severity (Severe sepsis) จากอาการของผู้ป่วย หรือถ้ามีอย่างน้อย ๑ อย่าง ต่อไปนี้

เกณฑ์ประเมิน	อาการแสดงของผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ ๑	อาการแสดงของผู้ป่วย กรณีศึกษาที่ ๒
๑. Systolic BP < ๙๐ mmHg. หรือ MAP < ๖๕ mmHg.	BP แกร็บ ๑๕๕ mmHg. (MAP=๕๖)	BP แกร็บ ๗๗ mmHg. (MAP=๔๐)
๒. Urine output < ๐.๕ ml/kg/hr. อย่างน้อย ๒ ชั่วโมง	ปัสสาวะเอง ๑ ครั้ง (๑๐๐ ml)	ปัสสาวะเอง ๑ ครั้ง (๑๘๐ ml)
๓. Platelet count < ๑๐๐,๐๐๐ cell/mm ^๓	Platelet count ๑๙๓,๐๐๐ cell/mm ^๓	Platelet count ๓๗๐,๐๐๐ cell/mm ^๓
๔. ซีม มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้สติ	ซีม	รู้สึกตัวดี
๕. PH ๗.๓	๗.๓๙๙	ไม่ได้ตรวจ
๖. Arterial hypoxemia (PaO _๒ /FiO _๒ ratio < ๓๐๐)	๑๙๓.๔	

แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น septic shock โดยมี source of infection ทั้งสองกรณีศึกษา มีการ Change ของ Organ and Metabolic กรณีศึกษาที่ ๑ มีภาวะ Respiratory failure ร่วมกับ lactate acidosis ที่ค่อนข้างชัดเจน จากผลตรวจ Urine examination และ serum lactate กรณีศึกษาที่ ๒ มีปัญหา Hypotension ซึ่งได้รับ vasopressure ทั้ง ๒ กรณี และให้การรักษาพยาบาลโดยรวดเร็ว ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตามแนวทางปฏิบัติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบการปฏิบัติตาม CPG Sepsis และ Early Goal Direct Therapy: EGDT

หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๑. การปฏิบัติตาม CPG Sepsis		
๑.๑ การชักประวัติอาการ SIRS + Infection	มี SIR ๔ ข้อ มี Hx. Infection (ใช้สูง)	มี SIR ๓ ข้อ มี Hx. Infection (ใช้สูง ทनावสัน ไอมีเสมหะ)
๑.๒ การเจาะ H/C ใน ๓๐ นาที หลัง Dx. Sepsis	ได้รับการเจาะ H/C ภายในเวลาที่กำหนด เวลา ๒๐ นาที (๑๓.๐๐-๑๓.๒๐ น) Dx. Septic shock c RS	ได้รับการเจาะ H/C เลยเวลาที่กำหนด เวลา ๑ ชม (๑๙.๐๐-๒๐.๐๐ น) Dx. Septic shock c sepsis
๑.๓ การให้ ATB ใน ๖๐ นาที หลัง Dx. Sepsis	ให้ Ceftriaxone ๒ gm IV เวลา ๑๓.๒๕ น.	ให้ Ceftriaxone ๒ gm IV เวลา ๒๐.๑๕ น.
๑.๔ การให้ ๐.๙% NSS IV load	ได้ ๐.๙% NSS IV drip ๓,๐๐๐ cc. ครบใน ๖ ชั่วโมงแรก	ได้ ๐.๙% NSS IV drip ๒,๗๐๐ cc. ครบใน ๖ ชั่วโมงแรก
๑.๕ การให้ Vasopressure	ให้ Levophed ๔:๒๕๐ IV drip	ให้ Levophed ๔:๒๕๐ IV drip
หัวข้อ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒
๒. การรักษาแบบมุ่งเป้าใน ๖ ชม. แรก (EGDT)		
๒.๑ BP \geq ๙๐/๖๐ mmHg หรือ MAP \geq ๖๕ mmHg	MAP ๖๖ - ๑๐๘ mmHg ในชั่วโมงที่ ๔ หลังรับไว้ในโรงพยาบาล	MAP ๖๒ - ๘๓ mmHg ในชั่วโมงที่ ๖ หลังรับไว้ในโรงพยาบาล
๒.๒ CVP อยู่ระหว่าง ๘-๑๒ cmH ₂ O	ไม่ได้ใส่สาย Central line	ไม่ได้ใส่สาย Central line
๒.๓ O ₂ Saturation \geq ๙๕%	O ₂ Saturation ๙๙-๑๐๐ %	O ₂ Saturation ๙๗-๙๙ %
๒.๔ urine $>$ ๓๐ cc./Kg/hr.	urine ~ ๓๕ cc./hr.	urine ~ ๕๐ cc./hr.

ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน กรณีศึกษาที่ ๑ นาน ๒ ชม. ๒๒ นาที และกรณีศึกษาที่ ๒ นาน ๒ ชม. ๔๖ นาที และจำเป็นจะต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด แพทย์ต้องการส่งต่อเข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ดูแลให้ผู้ป่วยได้ให้การพยาบาลผู้ป่วย Septic shock ตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้ แบ่งเป็น ๓ ระยะ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กระบวนการพยาบาล

สรุปอาการผู้ป่วยระยะแรกเริ่ม

กรณีศึกษาที่ ๑ ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการไข้สูง ร่วมกับเวียนศีรษะ มา ๑ ชั่วโมง ประวัติการเจ็บป่วย ๑ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ปัสสาวะปกติ ยังไม่ได้ไปรักษาที่ไหน ๑ ชั่วโมงก่อนมา มีไข้สูง ร่วมกับเวียนศีรษะหน้ามืด จึงมาโรงพยาบาล แรกเริ่ม T=๓๙.๖ °C, PR=๑๒๐/min, RR=๒๔/min, BP=๑๕๒/๙๙ mmHg. O๒sat=๙๒% แพทย์ตรวจร่างกายพบ GA :look drowsy ,E๓V๔M๖ ,Heart:Tachycardia ,Lung :clear, equal BS,RR=๒๖/min with retraction Advice ญาติให้ใส่ท่อช่วยหายใจ on ETT No ๖.๕ depth ๒๐ หลังใส่ท่อช่วยหายใจ PR=๑๓๐ /min,O๒=๑๐๐% BP=๑๕๘/๙๒ mmHg. แพทย์วินิจฉัย Septic shock with Respiratory failure พิจารณา Admit ICU

กรณีศึกษาที่ ๒ ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้สูง หนาวสั่น ไอมีเสมหะ มา ๒ วัน ประวัติการเจ็บป่วย ๒ วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง หนาวสั่น ไอมีเสมหะสีขาว ไม่มีน้ำมูก ทานยาลดไข้ อาการไม่ดีขึ้นจึงมาโรงพยาบาล แรกเริ่ม T=๔๑.๒ °C,PR=๑๔๐/min,RR=๒๐ /min,BP=๗๗/๓๗ mmHg. O๒ sat=๙๖% แพทย์ตรวจร่างกายพบ GA:Good cons.mild dysnea,E๓V๔M๖ ,Lung:clear silver tube no secretion,bed sore at coccyx แผลแห้งดี ไม่มีหนอง. Load ๐.๙% NSS ๒๐๐๐ ml then ๘๐ cc/hr.หลังให้สารน้ำ BP=๘๕/๘๓mmHg,PR=๑๑๐ /min ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็น Paraplegia with bed sore on TT ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เข้าเกณฑ์ Sepsis แพทย์พิจารณาให้ยา Ceftriaxone ๒ gm. IV.Load ๐.๙% NSS ๒๐๐๐ ml then ๘๐ cc/hr. BP ต่ำ Start Levophed ๔:๒๕๐ vein ๑๐ ml/hr. แพทย์วินิจฉัย Sepsis with Septic shock Admit ICU

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

- ๑.ผู้ป่วยมีปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
- ๒.ผู้ป่วยมีเสียงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ

การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

เน้นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตและการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก แต่ได้รับการประเมินภาวะช็อกได้ทันเวลา และให้การรักษา ได้รับสารน้ำ และได้ยากระตุ้นความดันโลหิต มีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกในขณะที่เกิดภาวะช็อกร่างกายผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ได้รับการแก้ไขปัญหโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลได้จัดทำนอน ปรับออกซิเจน และประเมินอาการ รวมถึงการให้กำลังใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปอาการผู้ป่วยระยะต่อเนื่อง

กรณีศึกษาที่ ๑

วันที่ ๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๑๘.๐๐ น.ส่งต่อมารักษา ICU ถึง ward ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี غامตอบรู้เรื่อง E&VtM๒ on ETT with ventilator PCV mode IP ๑๖,PEEP ๗,FiO๒ ๐.๔,RR ๑๖ Keep O๒ sat $\geq 94\%$ สัญญาณชีพ T=๓๙°C,RR=๒๖ bit/min,PR=๑๒๐ bit/min,BP=๑๔๗/๘๗mmHg. ประเมินผู้ป่วยฟังปอด clear both lung ตรวจ Lab UA : WBC ๕-๑๐ RBC : ๑-๒ Epi : ๑-๒ Moderate bacteria ตรวจร่างกายพบมีเท้าบวมแดงข้างซ้าย Lt. Leg: Swelling not warm,not tender แพทย์วินิจฉัย Sepsis with UTI

วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๕ สัญญาณชีพ T=๓๙.๕°C,RR=๑๖ bit/min,PR=๑๑๔ bit/min,BP=๙๕/๖๘mmHg. ผู้ป่วยมีปัญหา BP drop ,Obs.BP if MAP ≤ 65 mmHg. เวลา ๐๐.๑๐ น. Start Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๑๐ ml/hr. titrate ทีละ ๓ ml/hr. q ๑๕ min.keep MAP > 65 mmHg. เวลา ๒.๓๐ น. ปรับเพิ่ม Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๒๒ ml/hr. BP=๘๒/๕๖mmHg.MAP ๖๔ mmHg. หลังรับไว้ ๒๔ ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไข้สูง ๓๗-๓๙.๕ C ร่วมกับ BP ต่ำ แพทย์พิจารณาให้ RLS ๓๐๐ cc/hr. vein drip free flow หลัง load BP=๘๗/๖๓mmHg.ปรับเพิ่ม ATB Add Clindamycin ๖๐๐ mg. IV q ๘ hr.c Stat พบขาบวม cellulitis Lt.leg Consult Sx. เรื่อง R/O NF ร่วมดูแล ส่งปรึกษา รพ.สปส. จะ refer รพ.สปส ให้รักษาแบบ Medication IV cont ATB

วันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี غامตอบรู้เรื่อง E&VtM๒ on PCV mode IP ๑๖,PEEP ๗,FiO๒ ๐.๔,RR ๑๖ Keep O๒ sat $\geq 94\%$ สัญญาณชีพ T=๔๐.๙°C,RR=๒๐ bit/min,PR=๑๔๔ bit/min,BP=๑๒๑/๘๔ mmHg BP ผู้ป่วยเริ่มดี แพทย์ให้ สด Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๒๒ ml/hr. titrate ทีละ ๓ ml/hr. q ๑๕ min. มี Set OR DB ขาซ้าย เวลา ๑๓.๒๕ น.หลังผู้ป่วยกลับจาก OR on PCV modeเดิม มีปัญหาเรื่องปวด ให้อาการลดปวด

วันที่ ๑๖-๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี غامตอบรู้เรื่อง E&VtM๒ on PCV mode IP ๑๖,PEEP ๗,FiO๒ ๐.๔,RR ๑๖ Keep O๒ sat $\geq 94\%$ สัญญาณชีพ T=๓๗.๑-๓๘.๑°C,RR=๑๖-๒๐ bit/min,PR=๑๑๒-๑๒๒ bit/min, BP=๑๒๑/๘๔-๑๒๘/๖๗mmHg ๑๗/๘/๖๕ off Levophed ๑๘/๘/๖๕ on PCV mode IP ๑๐,PEEP ๗,FiO๒ ๐.๓,RR ๑๖ Keep O๒ sat $\geq 94\%$ ผู้ป่วยอาการคงที่ plan off ETT

วันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี غامตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ T=๓๘.๒°C,RR=๒๐ bit/min,PR=๑๐๘ bit/min, BP=๙๖/๖๕mmHg off ETT on HHHFN c flow ๕๐ FiO๒ ๐.๔ Keep O๒ sat $\geq 94\%$ ฟังปอด Lung clear ผู้ป่วยยังมีไข้สูงตลอด แพทย์พิจารณา off Cef-๓,Clindamycin เปลี่ยนเป็น on Tazocin ๔.๕ g.IV q ๖ hr.

วันที่ ๒๐-๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี غامตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ T=๓๗.๘°C,RR=๒๐ bit/min,PR=๑๐๒ bit/min, BP=๑๑๙/๗๒mmHg ปรับ on O๒ cannular ๓ LPM Keep O๒ sat $\geq 94\%$ ไม่มีหอบเหนื่อย อาการคงที่ ๒๑/๘/๖๕ on O๒ room air ได้ O๒ sat ๙๗-๙๙% ย้ายไปที่กสามัญ

วันที่ ๒๒-๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๕ At ward สามัญ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี غامตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ T=๓๖.๕-๓๗.๘°C RR=๒๐-๒๒ bit/min,PR=๙๘-๑๐๔ bit/min, BP=๑๐๐/๕๐-๑๒๐/๗๐mmHg O๒ sat ๙๗-๑๐๐ ผู้ป่วยยังมีไข้ตลอด แต่ Clinical Stable CXR:No new infiltration,UA:no cell,Wound ให้ cout ATB ๒๕/๘/๖๕ ไข้สูง T=๓๖.๙°C off Tazocin ครบ ๗ วัน ๒๘/๘/๖๕ แผลแห้งดี ผู้ป่วยอาการคงที่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๒

วันที่ ๒๕-๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ เวลา ๒๑.๔๖ น.ส่งต่อมารักษา ICU ถึง ward ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง E๔ VtM๖ on TT-tube หายใจไม่หอบ O๒ sat ๙๗% สัญญาณชีพ T=๓๘.๗°C,RR=๒๐ bit/min,PR=๑๑๐ bit/min, BP=๑๐๑/๗๐mmHg. on Levophed ๔:๒๕๐ vein ๑๐ ml/hr.Keep MAP≥๖๕mmHg. แพทย์พิจารณา Retain Foley's cath. เพื่อติดตาม urine out put หลังรับไว้ ๖ ชั่วโมงแรก เปลี่ยน Antibiotic เป็น Tienam ๕๐๐ mg vein at ๒๓.๕๐ น. PR=๑๑๒ /min,RR=๒๐ /min,BP=๘๙/๕๖ mmHg. O๒ sat=๙๗% urine ๑๐๐ cc/hr.ยังมีปัญหาBP ต่ำ MAP ๖๒-๘๓ แพทย์พิจารณาปรับ Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๑๕ ml/hr. titrate ทีละ ๕ ml/hr q ๓๐ min หลังรับไว้ ๒๔ ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย on TT ไม่มีไข้ BP ปกติ MAP ๖๕-๘๓mmHg ยัง On Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๒๕ ml/hr. แพทย์วินิจฉัย Septic shock with paraplegia bedsore

วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ on TT-tube room air O๒ sat ๙๘% ไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ T=๓๖.๕°C,RR=๑๘ bit/min,PR=๖๘ bit/min,BP=๑๑๒/๗๔mmHg.ผู้ป่วยมีปัญหา BP เริ่มคงที่ ปรับลดLevophed (๔:๒๕๐) IV drip ๒๐ ml/hr. ส่งเสมหะตรวจ พบ Gram positive cocci.Dx.Septic shock cpneumonia

วันที่ ๒๘-๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E๔V๕M๖ on TT-tube room air O๒ sat ๙๙-๑๐๐% ไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ T=๓๖.๕-๓๗°C,RR=๑๘-๒๒ bit/min,PR=๖๖-๗๘ bit/min,BP=๙๔/๖๑-๑๐๒/๖๖ mmHg ลด Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๒ ml/hr.๓๑/๑๒/๖๕ off Levophed ผู้ป่วยไม่มีไข้ อาการคงที่

วันที่ ๑-๒ มกราคม ๒๕๖๖ เวลา ๑๔.๓๐ น.ย้าย ผู้ป่วยมาตึกสามัญ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง E๔VtM๖ on TT-tube room air O๒ sat ๙๙-๑๐๐% ไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ T=๓๖.๕-๓๖.๘°C,RR=๑๘-๒๒ bit/min,PR=๖๖-๗๘ bit/min,BP=๙๘/๗๔-๑๐๐/๖๖ mmHg ไม่มีไข้ ฉีดยาต่อ กินได้ อาการทั่วไปดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะไตวายจากการไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง เนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง
๒. เผื่อระวังผลข้างเคียงจากการได้ยา Levophed
๓. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากไข้
๔. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
๕. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยเนื่องจากภาวะช็อกเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต

การพยาบาลระยะต่อเนือง

การพยาบาลที่สำคัญในระยะต่อเนืองหลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต คือการเผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการดูแลการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเพียงพอของสารน้ำ มีการบันทึกจำนวนน้ำเข้าและออก ทุก ๔ ชั่วโมง ทำให้ได้รับการประเมินภาวะไม่สมดุลของสารน้ำได้ทัน มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตมากมายแต่อุปกรณ์ทั้งหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เจ็บปวด และภาวะจิตใจผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลสูง พยาบาลเป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล บอกละแฉงอธิบายให้ ผู้ป่วยรับทราบเมื่อให้การพยาบาล และเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยและญาติในการก้าวผ่านภาวะวิกฤติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

สรุปอาการผู้ป่วยระยะจำหน่าย

กรณีศึกษาที่ ๑

วันที่ ๑-๒ กันยายน ๒๕๖๕ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สัญญาณชีพ $T=๓๖.๕-๓๖.๙^{\circ}\text{C}$, $RR=๒๐-๒๒$ bit/min, $PR=๙๘-๑๐๒$ bit/min, $BP=๑๐๐/๗๐-๑๑๐/๗๐$ mmHg O_2 sat ๙๗-๑๐๐% ประเมินผู้ป่วยฟังปอดส่ง CXR ไม่มี infiltration ส่งตรวจ CBC: $WBC=๔๓๙๐$ cell/mm^๓ ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย รับประทานอาหารได้ ไม่มียาไปรับประทานที่บ้าน ให้ทานยาเดิมที่มีอยู่แล้วต่อได้เลย ไม่มีนัด มีส่งต่อทำแผลวันละ ๑ ครั้ง ที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ไข้ หายใจหอบเหนื่อย ปัสสาวะแสบขัด แผลบวมแดงมีหนอง แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ประเมินการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันที ๒๐ วัน

กรณีศึกษาที่ ๒

วันที่ ๓ มกราคม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง $EaVtM๖$ on TT-tube room air O_2 sat ๙๙% ไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพ $T=๓๖.๕^{\circ}\text{C}$, $RR=๒๐$ bit/min, $PR=๘๔$ bit/min, $BP=๙๘/๖๗$ mmHg off Tinam ประเมินผู้ป่วยฟังปอดส่ง CXR ไม่มี infiltration ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย รับประทานอาหารได้ ไม่มียาไปรับประทานที่บ้าน พยาบาลแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ไข้ หายใจหอบเหนื่อย ปัสสาวะแสบขัด แผลบวมแดงมีหนอง แนะนำการรับประทานยาที่ถูกต้อง ประเมินการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันที ๑๐ วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

๑. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

การพยาบาลระยะจำหน่าย

พยาบาลประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อธิบายแผนการรักษาพยาบาลสาเหตุของการเจ็บป่วย แก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากสาเหตุการติดเชื้อในกระแสโลหิตครั้งนี้มาจากอาการท้องเสีย แนะนำญาติในการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยที่รับประทานง่าย ปรุงสุก ประสานทีมติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อร่วมเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน. แนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัด

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การพยาบาล
๑. ระยะแรกเริ่ม			
๑. ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - P ๑๒๐/min, RR ๒๔/min - T ๓๙.๖ °C	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop ๗๗/๓๗ mmHg - MAP ๔๐ mmHg/ - P ๑๔๐/min, RR ๒๐/min - T ๔๑.๒ °C	การพยาบาล - Monitor V/S, O๒ sat. - ดูแลให้ได้รับ Fluid resuscitation อย่างเพียงพอและทันเวลา - ดูแลให้ได้รับยา Levophed ซึ่งเป็นยา High Alert Drug ปรับยาและติดตาม Blood pressure ให้ได้ Target ตาม Rx. รวมทั้งเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ที่บริเวณ IV site - เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกระบบโดยการติดตามอาการ/อาการแสดง/ผล Lab ต่าง ๆ
๒. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - P ๑๒๐/min, - T ๓๙.๖ °C Heart: Tachycardia - RR ๒๖/min Retraction on ETT	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop ๗๗/๓๗ mmHg - MAP ๔๐ mmHg/ - P ๑๔๐/min, RR ๒๐/min on TT - T ๔๑.๒ °C	- ติดตามและประเมิน อาการของ Respiratory distress อย่างต่อเนื่อง ทั้งลักษณะ อัตราการหายใจ - ประเมิน Breath sound - ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ติดตาม O๒ Sat. ตลอดเวลา
๒. ระยะต่อเนื่อง			
๑. เสี่ยงต่อภาวะไตวายจากการไหลเวียนเลือดไปที่ไตลดลง เนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop ๘๒/๕๔ mmHg - MAP ๖๓ mmHg/ P ๑๐๒/min	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - BP drop ๘๒/๕๓ mmHg - MAP ๖๒ mmHg/ P ๑๑๒/min	- ดูแลการให้สารน้ำและ Vasopressure ให้เป็นไปตาม Rx. - ติดตามและประเมิน จำนวน Urine out put - ติดตามค่า eGFR, BUN

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การพยาบาล
๒. เฝ้ารอวังผลข้างเคียงจากการได้ยา Levophed	ข้อมูลสนับสนุน - Levophed ๔: ๒๕๐ vein ๑๐ ml/hr. titrate ที่ ละ ๓ ml/hr. q ๑๕ min. keep MAP > ๖๕ mmHg.	ข้อมูลสนับสนุน - Levophed ๔: ๒๕๐ vein ๑๐ ml/hr.	- ดูแลให้ได้รับยาตาม Rx. - ติดตามและประเมินสัญญาณชีพ BP PR ทุก ๑ ชม. ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์ทันที - ติดตามประเมิน ผิวเย็นซีดหรือเขียว บลายมือ/เท้า ทุก ๑ ชม - ติดตามประเมิน extravasation แสบปวดบริเวณที่ฉีด ทุก ๑ ชม.
๓. ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - T ๓๙.๖ °C - ตรวจร่างกายพบ ขาซ้ายบวมแดง	ข้อมูลสนับสนุน - SIRS + Infection - T ๔๑.๒ °C	- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ - ดูแลเช็ดตัวลดไข้ และประเมินสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกายทุก ๔ ชม. - ดูแลให้ผู้ป่วยได้ Bed rest
๔. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	ข้อมูลสนับสนุน - ได้รับการใส่ ET tube และใช้เครื่องช่วยหายใจ	ข้อมูลสนับสนุน - ได้รับการใส่ TT tube	- ดูแลทอช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม - ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง - ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ - การดูแลให้ได้รับ IV fluid

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล(ต่อ)

การวินิจฉัยการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การพยาบาล
๒. ระยะต่อเนื่อง			
๕. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยเนื่องจากภาวะช็อกเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต	ข้อมูลสนับสนุน -ญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock ใส่ ET tube จาก ER และต้องเข้ารับการรักษาใน ICU	ข้อมูลสนับสนุน -ญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Septic shock BP drop ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU	-อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อาการ แนวทางการรักษาและการพยาบาลเป็นระยะ -เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม -เป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลจากแพทย์โดยตรง
๓. ระยะจำหน่าย			
๑. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	ข้อมูลสนับสนุน -ญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวล	ข้อมูลสนับสนุน -ญาติมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวล	-อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้อาการ แนวทางการรักษาและการพยาบาลเป็นระยะ -เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๒

ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ SIRS + Infection ซึ่งแสดงว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลตาม GPG Sepsis เจาะ H/C ๒ ขวด แกร็บที่ ER และได้รับ ATB ตาม Guideline คือ Ceftriazone ๒ gm IV ภายใน ๖๐ นาที ผู้ป่วยมี BP แกร็บ ๗๗/๓๗ mmHg PR ๑๔๐ /min / O๒ sat ๙๖% จึงได้รับการ Load IV fluid ~ ๒,๕๐๐ cc. ซึ่งไม่ครบตาม Guideline สำหรับผู้ป่วยที่อายุ ≤ ๖๐ ปี ซึ่งต้อง Load IV ๓,๐๐๐ cc. จึงพบว่าใน ๖ ชั่วโมงแรกได้รับ IV fluid ๒,๗๐๐ cc. และพบว่าการเจาะ H/C ใน ๓๐ นาที หลัง Dx. Sepsis ไม่ทันเวลา ทำให้ไม่บรรลุ EGDT กล่าวคือ ในชั่วโมงที่ ๖ BP ต่ำ MAP ๖๒ mmHg /O๒ sat ๙๗% on TT ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย จึงทำให้ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วย Progress ไปจนถึงภาวะ Septic shock ทำให้ได้รับการพิจารณาปรับ Vasopressure drug กรณีศึกษาที่ ๒ นี้พบว่าบรรลุเป้าหมายของการรักษาหลังรับไว้ ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย on TT ไม่มี ใช้ BP ปกติ MAP ๖๕-๘๓mmHg ยัง On Levophed (๔:๒๕๐) IV drip ๒๕ ml/hr.

urine ≥ ๐.๕ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมงและ O๒ Saturation ≥ ๙๗%

ด้านการพยาบาล จากการทบทวนพบว่า การประเมินผู้ป่วยและการบันทึกตาม แบบประเมิน Sepsis จาก ER จนถึงหอผู้ป่วยในมีความครบถ้วน ระยะเวลาคอยใน ER ถึง ICU นานถึง ๒ ชม.๔๖ นาที พบว่าการ Monitor V/S ไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควรยังไม่มีการใช้ Early Warning Signs รายงานแพทย์ในเวลาที่เหมาะสม ในด้านการวินิจฉัยทางการแพทย์ พบว่า ยังไม่สอดคล้องกับการรักษาแบบมุ่งเป้าใน ๖ ชั่วโมงแรก

สรุป

การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย septic shock ได้มีประสิทธิภาพ คือ การพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของช็อก ผู้ป่วยสองรายนี้เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในระยะวิกฤต ซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย (SIRS) และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณา รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ หากทราบว่าเป็นมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน ๑ ชั่วโมงจะ ช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการประเมินและติดตามโดยใช้ SoS score การวินิจฉัย การวางแผนการ ดูแล การรายงานแพทย์ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันทีทันที่ ทันทีทันที่ ด้วยการให้สารน้ำ (fluid resuscitation) และให้ยาปฏิชีวนะโดยเร็ว แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ septic shock พยาบาลซึ่งเป็นผู้มี บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อตอบสนองการรักษาแบบมุ่งเป้าใน ๖ ชั่วโมงแรก(EGDT) ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการ จำเป็นต้องมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยา ภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการ ผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตจะช่วยรักษาอวัยวะสำคัญ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกเป็น เวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๑. อัตราผู้ป่วย sepsis ได้รับยา ATB ภายใน ๑ ชม.	>๙๐%	๘๖.๓๒	๗๐.๐๖	๘๒.๘๘
๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย sepsis	<๓๐%	๗.๕๒	๐.๖๒	๙
๓. อัตราการปฏิบัติตาม CPG	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%

เชิงคุณภาพ

๑. อัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง
๒. อัตราการเกิดภาวะ Septic shock ในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง
๓. พยาบาลสามารถให้การคัดกรองและรักษาการพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว
๔. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามประสิทธิภาพการดูแลตาม CPG Sepsis
๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
 ๑. ใช้เป็นแนวทางการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในหน่วยงานและเผยแพร่ผลงานสู่หน่วยงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล
 ๒. ใช้เป็นสื่อความรู้ทางวิชาการเพื่อนำความรู้สู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย
 ๓. ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการและนักศึกษาพยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่นที่สนใจ
 ๔. เป็นคู่มือในการจัดทำมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาพบลักษณะความยุ่งยากของงานดังนี้ ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงที่มีภาวะช็อกและมีปัญหาเรื่องอวัยวะล้มเหลวร่วมด้วย ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายนี้มีระบบสำคัญของชีวิตที่ล้มเหลว ได้แก่ ระบบหายใจล้มเหลว ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวทำให้เกิดช็อก การพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย septic shock ได้มีประสิทธิภาพ คือ การพยาบาลเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของช็อก ผู้ป่วยสองรายนี้เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในระยะวิกฤต ซึ่งมีทั้งภาวะช็อกจากการติดเชื้อและเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่การใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย SIRS และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์พิจารณา รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ หากทราบว่าเป็นมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน ๑ ชั่วโมงจะ ช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น รวมทั้งการประเมินและ ติดตามโดยใช้ SoS score การวินิจฉัย การวางแผนการ ดูแล การรายงานแพทย์ต้องเป็นไปอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ให้ทันที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับการดูแลตามกระบวนการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและกลับบ้านได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑.ด้านผู้ป่วย ด้านระบบบริการ การเข้าถึงบริการล่าช้า ระยะทางระหว่างบ้านผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลใช้เวลาทำให้เกิดความล่าช้า ไม่ได้ใช้ระบบ EMS

๒.ด้านสถานที่ให้บริการ การให้บริการโรค Sepsis/Septic shock เป็นการดูแลที่ต้องใช้ความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วย การวิเคราะห์ระบบการดูแลแบบเดิมพบว่าปัญหา ไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจนบุคลากรบางท่าน คัดกรองผู้ป่วยไม่ไปในทางเดียวกัน ทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้า การเข้าถึงยา ATB ช้า

๓.ด้านผู้ให้บริการ ขาดทักษะและ ความรู้ในการประเมินผู้ป่วยไม่ทันเวลา

๙. ข้อเสนอแนะ

๑.พยาบาลควรตระหนักว่าเมื่อผู้ป่วยมีไข้ให้รีบถึงโรคติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยทุกครั้ง ซึ่งทำให้ พยาบาลใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย และเมื่อประเมินเข้าเกณฑ์จะได้รายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำ เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดถือว่าเป็นชั่วโมงของชีวิต หากทราบว่าเป็นโรคติดเชื้อใน กระแสเลือดและให้การช่วยเหลือภายใน ๑ ชั่วโมงจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น

๒.ควรมีแผนในการเพิ่มจำนวนหอผู้ป่วยหนักให้เพียงพอจะสามารถช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงที่ได้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

๓.ควรนำระบบการติดตามต่อเนื่องมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ถึงแม้จะไม่ใช่ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่บ้านที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาการติดเชื้อ ทีมเยี่ยมบ้านสามารถร่วมค้นหาและ ป้องกันการเกิดการติดเชื้อในชุมชนได้และควรติดตามประเมินการได้รับยาปฏิชีวนะที่ได้รับกลับบ้าน ครบถ้วน เพื่อเป็นการป้องกันเชื้อดื้อยาจากการที่ได้รับ Antibiotic ไม่ครบถ้วนได้

๔. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้สามารถ ดูแลตนเอง และบุคคลในครอบครัวในให้ห่างไกลโรคติดเชื้อในกระแสเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรค เรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อในกระแสเลือด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

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

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

สัดส่วนของผลงานผู้เสนอผลงานเป็นผู้ปฏิบัติผลงานนี้ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางไพรวลัย ศรีสุข)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางไพรวลัย ศรีสุข	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

ตำแหน่ง รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

๘ มกราคม ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

(นางสาวจุไรรัตน์ ทุนันท์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิรุณ

๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

๒. หลักการและเหตุผล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะฉุกเฉินและเร่งด่วนซึ่งเป็นภาวะสำคัญที่รุนแรงถึงกับชีวิตได้ อัตราเสียชีวิตจากภาวะ sepsis อัตราเสียชีวิต สูงถึง ๑ ใน ๔ ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบว่าสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis มากกว่า ๓๐ ล้านประชากรโลกในทุกๆปี และมีแนวโน้มการเสียชีวิตมากถึง ๖ ล้านคน โดยพบการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกแล้ว ประมาณ ๕,๗๖๐ ล้านคน (๗๗.๗๐/๑๐๐,๐๐๐ ประชากรต่อปี) (WHO, ๒๐๒๒) Sepsis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ต้นๆของประชากรโลก และยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์ผู้ป่วย Sepsis ประมาณ ๑๗๕,๐๐๐ รายต่อปี และมีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต ๔๕,๐๐๐ ราย ต่อปี คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ ๓๒.๐๓ หรือสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิตจาก sepsis ๑ ราย ทุก ๓ นาที และผู้ป่วยเหล่านี้เสียชีวิต ๕ ราย ในทุกชั่วโมง

Systemic Inflammatory Response Syndrome(SIRS) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการอักเสบแพร่กระจายทั่วไปในร่างกายทั้งจากการติดเชื้อและไม่ใช้การติดเชื้อทำให้มีการกระตุ้นสารสื่อกลางจากการอักเสบต่างๆ ก่อให้เกิด อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการ Sepsis รวมไปถึงจนถึง Septic shock ที่อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome:MODS) กลุ่มอาการการตอบสนอง ต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (SIRS) ประกอบด้วยอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้มากกว่า หรือเท่ากับ ๒ ข้อ ร่วมกับอวัยวะทำงานผิดปกติ ๑ อวัยวะ ขึ้นไป ได้แก่ ๑. มีไข้หรือมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า ๓๖.๐ องศาเซลเซียส หรือสูงกว่า ๓๘.๐ องศาเซลเซียส ๒. อัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า ๙๐ ครั้ง/ นาที ๓. อัตราการหายใจ มากกว่า ๒๐ ครั้ง/ นาที หรือ PaCO₂ น้อยกว่า ๓๒ มม.ปรอท ๔. มีจำนวนเม็ดเลือดขาวในเลือด ต่ำกว่า ๔,๐๐๐ เซลล์/ ลบ.มม. หรือสูงกว่า ๑๒,๐๐๐ เซลล์/ ลบ.มม.

หากพบว่า มีอาการและอาการแสดงของ SIRS มากกว่า หรือเท่ากับ ๒ ข้อ ร่วมกับอวัยวะทำงานผิดปกติ ๑ อวัยวะขึ้นไป SOS Score/MEWS Score มากกว่า หรือเท่ากับ ๔ qSOFA มากกว่า หรือเท่ากับ ๒ และ SOFA มากกว่า หรือเท่ากับ ๒ แสดงว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) (Thompson, Venkatesh, & Finfer, ๒๐๑๙) Sepsis จึงเป็นการตอบสนองต่อการติดเชื้อที่กระจายทุกระบบในร่างกาย แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่ม ที่มีภาวะติดเชื้อมาจากบ้านหรือชุมชน (Community-Acquired Sepsis) โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่มที่ติดเชื้อมาจาก การรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือมีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน ภายใน ๓ เดือน (Hospital-Acquired Sepsis or Healthcare-Acquired Sepsis) (Ministry of Public Health, ๒๐๑๙)

เมื่ออวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือด จึงพบความผิดปกติทั้งในส่วนของระบบไหลเวียนโลหิตและเมตาบอลิซึมในระดับเซลล์อย่างรุนแรงร่วมกัน และเข้าสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic Shock) ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต จนเกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบและเสียชีวิตได้ (Makic, & Bridges, ๒๐๑๘) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินและการดูแลรักษาอย่าง ทันทีทันที่ ความรุนแรงของ Septic shock ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ของร่างกายเสียหายทันที จนเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบสัมพันธ์กับภาวะที่ระบบไหลเวียนโลหิตทำหน้าที่ได้ไม่เพียงพอ เช่น ระดับความดันโลหิตต่ำ ออกซิเจนในเลือดต่ำ หรือหัวใจหยุดเต้น ดังนั้น Septic Shock จึงต้องมีเกณฑ์วินิจฉัย ครบ ๓ ข้อ ได้แก่ มีภาวะ Sepsis ความดัน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

เลือดแดงเฉลี่ย (Mean Arterial Pressure: MAP) น้อยกว่า ๖๕ mmHg. และระดับแลคเตทในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ mmol/L (Wattanawanit, ๒๐๑๗; Singer, Deutschman, Seymour, Shanker-Hari, Annan, Bauer et al, ๒๐๑๖) อาการและอาการแสดงของ Septic Shock แบ่งออกเป็นสองระยะคือระยะเริ่มแรก (Early Septic Shock) ระยะนี้หลอดเลือดมีการขยายตัวทำให้ แรงต้านในหลอดเลือดส่วนปลาย (Systemic Vascular Resistant: SVR) ลดลง ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน ๑ นาที (Cardiac Output) ลดลงทำให้ความดันโลหิตลดลง หัวใจห้องล่างซ้ายและขวาขยาย (Decrease Ejection Fraction) ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลง การเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้น เพื่อรักษา Cardiac Output และปรับชดเชยความดันโลหิตที่ต่ำลง ผู้ป่วยจะหายใจเร็วลึก จึงเกิดภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory Alkalosis) หรือกรดจากการหายใจ (Respiratory Acidosis) ออกซิเจนในเลือดต่ำ ภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้ เกิดการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS) ต่อมาในระยะหลัง (Late Septic Shock) หากภาวะช็อกยังคงดำเนินต่อไปจนเข้าสู่ระยะนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการไหลเวียน โลหิต โดย Cardiac output ลดลง หลอดเลือดหดตัว ความดันโลหิตต่ำ อุณหภูมิร่างกายลดต่ำ ผิวหนังเย็นขึ้นหายใจเร็วตื้น ปัสสาวะออกน้อยลง เกิดภาวะ Lactic acidosis ทำให้ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วยจะซึมลงจนถึงขั้นไม่รู้ สึก ตัว (Rosenberger, Von Rueden, & Des Champs, ๒๐๑๘; Pinyokham, & Tachaudomdach, ๒๐๑๗)

Septic Shock จึงเป็นส่วนหนึ่งของภาวะ Sepsis ซึ่งมีความผิดปกติของระบบไหลเวียนเลือด การทำงานของเนื้อเยื่อ และระบบเผาผลาญล้มเหลวสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วย septic shock ต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาโดยรวดเร็วตั้งแต่อยู่ในห้องฉุกเฉินเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและการขนส่งออกซิเจนไปเนื้อเยื่อ ส่วนปลาย การศึกษานี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของการให้ความสำคัญกับหลักสำคัญของการรักษา คือ การประเมินผู้ป่วยในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว (Early Detection) ส่งผลต่อการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพผู้ป่วย เกิดความปลอดภัย (Patient Safety) การรักษาการติดเชื้อและการประคับประคองสภาพการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุด การรีบแก้ไขภาวะ shock ให้ได้เป้าหมายโดยเร็ว สามารถลดอัตราการตาย ของผู้ป่วย septic shock

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลตระการพิพิธผล มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมารับการรักษา ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ จำนวน ๖๔๐ และ ๗๕๘ ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุมักมีโรคประจำตัว กลุ่มโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเบาหวาน และกลุ่มไตวายเรื้อรัง โรคที่ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อมากที่สุด ได้แก่ ภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) โรคฉี่หนู(Leptospirosis) และโรคmelioidosis (Meliodosis) ตามลำดับสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิตของ ๓ โรค คือ Stroke,STEMI,Sepsis

จากการทบทวนพบว่า มีปัญหาในการวินิจฉัยล่าช้ามาจากอาการไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าไปด้วย จึงได้นำเครื่องมือ Early warning sign มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย คัดกรองโดยใช้ SOS score+SIRS กำหนดปรับปรุง

CGP sepsis และกำหนด Standing order sepsis เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ทันเวลา ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

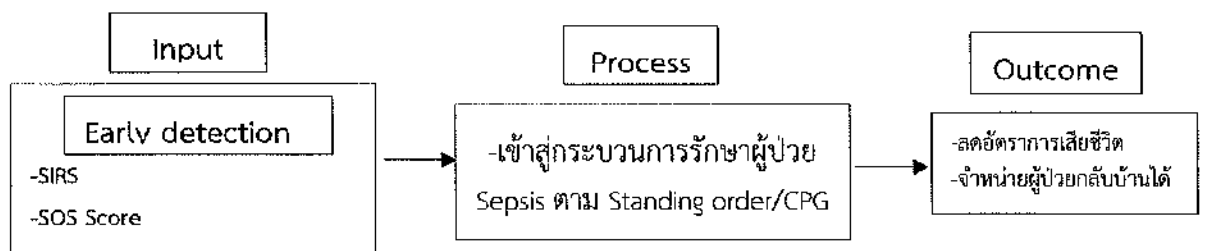
วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการคัดกรองและแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
เป้าหมาย

- ๑.ลดอัตราการเกิดภาวะ Sepsis และ Septic shock
- ๒.ผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ๓.บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้แบบคัดกรอง SOS score+SIRSเพื่อการประเมินผู้ป่วย ได้เร็ว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ภาวะ sepsis เป็นผลจากภาวะการติดเชื้อที่เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงและต่อเนื่องในระยะแรกร่างกายจะอยู่ในภาวะ hypodynamic state โดยจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย(peripheral vasodilatation) ส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำที่จะให้ระบบไหลเวียนโลหิตนำไปสู่อวัยวะ (hypovolemia) ประกอบกับการทำงานของหัวใจที่แย่งลง เป็นผลมาจาก cytokines ต่างๆที่ถูกหลั่งออกมาจากเซลล์เม็ดเลือดขาวและกระบวนการอักเสบที่มีอยู่ ทำให้ปริมาณของออกซิเจนที่ถูกขนส่งไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลงในขณะที่เนื้อเยื่อต่างๆมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นจากอัตราการเผาผลาญในร่างกายที่เพิ่มขึ้น ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายเกิดภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ได้รับการรักษาล่าช้า จะทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรงและภาวะช็อคจากการติดเชื้อซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ การได้รับการประเมินและวินิจฉัยล่าช้า การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้า ไม่เพียงพอและไม่ตอบสนองต่อเชื้อ การให้ IV fluid resuscitation ไม่เพียงพอ การมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ รวมทั้งการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย ได้แนะนำแนวปฏิบัติในการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย การคัดกรองและให้การวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะ การกำจัดและควบคุมเชื้อโรค การแก้ไขความบกพร่องของการไหลเวียนเลือดและการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อของร่างกายให้เพียงพอ จากการที่ได้ดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทำให้พยาบาลพบปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ ไม่มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย sepsis ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้าการดูแลผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุมและไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ที่ชัดเจน เดิมใช้ qSOFA ในการประเมินผู้ป่วยพบว่าการประเมินไม่ครอบคลุม ต้องรอผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงสามารถวินิจฉัยโรคได้ จึงได้นำปัญหามาหาแนวทางในการแก้ไขปรับปรุงเพื่อนำไปพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แบบ คัดกรอง SOS score ร่วมกับ SIRS เพื่อการประเมินผู้ป่วยที่รวดเร็วและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้



แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการ

การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อให้สามารถค้นหาผู้ป่วยได้เร็ว โดยการใช้แบบประเมิน ดังนี้

Plan

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
๒. ปรับปรุงแบบคัดกรองโดยใช้ SOS score ร่วมกับ SIRS
๓. ปรับปรุงแนวทาง CGP sepsis และกำหนด Standing order sepsis

Action

๑. จัดทำแนวทางการคัดกรอง Sepsis และ Septic shock ได้รับการคัดกรองโดยใช้ SOS score
๒. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการโดยการคัดกรอง ณ จุดคัดแยก นำเครื่องมือ Early warning sign มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย คัดกรองโดยใช้ SOS score ร่วมกับ SIRS
๓. กำหนดแนวทาง CGP sepsis และกำหนด Standing order sepsis ตามแนวทางปฏิบัติ
๔. กำหนดระยะเวลาผล Lab ภายใน ๑ ชั่วโมง เพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว
๕. กำหนดระยะเวลาในการได้รับยา Antibiotic และ IV fluid ภายใน ๑ ชั่วโมง หลังวินิจฉัย
๖. เฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วย sepsis โดยใช้ SOS score ในการประเมินทุก ๓๐ นาที – ๑ ชั่วโมง เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา
๗. มีการทบทวน Case การดูแลผู้ป่วย Sepsis ในที่ประชุม PCT ทุกเดือน กำหนดเป้าหมายรายโรค
๘. นำเสนอข้อมูลปัญหาที่พบให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับทราบและหาแนวทางแก้ไขปัญหา

Observer

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย หานไม่ได้รับการรักษาทันที อาจเกิดการอักเสบไปทั่วร่างกาย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว หรืออาจเกิดร่วมกับภาวะช็อก ซึ่งอัตราการเสียชีวิตดังกล่าวสูงถึง ร้อยละ ๕๐ ถ้ารักษาไม่ทันเวลา การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ แรกรับตำแหน่งในการรักษาพยาบาล หลักการรักษา ประกอบไปด้วย ๑. การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะช็อก ๒. การกำจัดเชื้อและแหล่งติดเชื้อ ๓. พยายามขจัด neutralizetoxin พร้อมปรับ hostinflammatory response การรักษาภาวะช็อก จากการติดเชื้อให้ประสบความสำเร็จประกอบไปด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพหนึ่งนั้น คือ ทีมการพยาบาลในห้องฉุกเฉิน เริ่มตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะที่ชำนาญในการคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ทักษะทางการพยาบาล ตั้งแต่การซัก ประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น หาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยประเมินระดับความเสี่ยงและ ความรุนแรงของการติดเชื้อ จึงได้มีแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แบบคัดกรอง SOS score เพื่อให้ทันเวลา รวดเร็วและป้องกันการเสียชีวิต ลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงานให้เหมาะสมในการใช้ SOS score(Search out severity score) มาช่วยในการประเมิน และค้นหาผู้ป่วยที่สงสัย ภาวะ Sepsis ในร่างกาย ดังนี้

ประเมินด้วย SIRS+SOS score ที่ ER

๑.เข้าเกณฑ์ Sepsis =>SIRS (อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ)

SIRS
๑. Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$
๒. Respiratory rate >20 beats/min or PaCO ₂ <32 mmHg.
๓. Heart rate >90 beats/min
๔. WBC $>12,000$ cell/mm ³ หรือ $<4,000$ cell/mm ³ หรือมี band form neutrophil $>10\%$

๒.เข้าเกณฑ์ Sepsis => SOS score

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	100-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใช้เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกร่างกาย			สับสน ระดับสติปัญญา ที่ผิดปกติ	ดี หรือ ผิดปกติ	ซึม หรือ สติไม่ แจ่มใส	ซึมมาก หรือ ง่วงซึม	ไม่รู้สึกตัว (ระดับสติปัญญาใน ๓)
ปัสสาวะ/ วัน		≤ 500	501-999	$\geq 1,000$			
ปัสสาวะ/ 8 ชม		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/ 4 ชม		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/ 1 ชม		≤ 20	21-39	≥ 40			

SOS Score มากกว่า ๔ คะแนน เข้าเกณฑ์วิกฤต ส่ง ER

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

แบบประเมิน SOS score ต่อเนื่องในตึกผู้ป่วย

แบบประเมิน SOS score

ชื่อ - สกุล : _____

No	Item/Case	Criteria	Score	วันที่					
				วันที่	ตรวจไข้ ward	ที่ 2 hr	ที่ 6 hr	ที่ 12 hr	ที่ 24 hr
1	อุณหภูมิ	≤ 35	2						
		35.1-36	1						
		36.1-38	0						
		38.1-38.4	1						
		≥ 38.5	2						
2	ความดันโลหิต (ข้างบน)	≤ 80	3						
		81-90	2						
		91-100	1						
		100-130	0						
		131-190	1						
		≥ 200	2						
		ใช้ยาตามข้อความดันโลหิต	3						
3	ชีพจร	≤ 40	3						
		41-50	1						
		51-100	0						
		101-120	1						
		121-150	2						
		≥ 160	3						
4	หายใจ	≤ 8	3						
		ใช้เครื่องช่วยหายใจ	2						
		9-20	0						
		21-25	1						
		26-35	2						
≥ 35	3								
5	ความชุ่มชื้น	สังเกตและสัมผัสและสังเกตชีพจรขึ้น	1						
		คันดี, หูจุก, ฝ่ามือ	0						
		ขึ้น แต่ชีพจรไม่ดี, สมองส่วนหน้า	1						
		ขึ้น, หายใจ, ชีพจรดี, สมองส่วนหน้า	2						
ใช้วิธีใส่สายน้ำเกลือและดูระดับชีพจร	3								
6	ปัสสาวะ	≤ 20	2						
		21-35	1						
		≥ 40	0						
Total SOS Score									
อื่นๆ									

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

กำหนด Standing Order for Sepsis

Standing Order for Sepsis/ Septic Shock ในผู้ใหญ่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Progress note	Orders for One day	Orders for continuation
<p>ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HI.....AI..... น้ำหนัก.....Kg.** Impression</p> <p>เข้าเกณฑ์ Sepsis 1.SIRS (อย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ) <input type="checkbox"/> T >38c or <36c <input type="checkbox"/> HR >90/min <input type="checkbox"/> RR >20/min or PaCO2 <32mmHg <input type="checkbox"/> WBC>12,000 or <4,000 or Band >10%</p> <p>เวลาที่วินิจฉัย.....น.** พ่วงพบ BP drop เวลา.....น.** 2.SOS score.....คะแนน</p> <p>ตำแหน่งที่สงสัยภาวะติดเชื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> LRI (Pneumonia) <input type="checkbox"/> CNS infection <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Cellulitis, NF <input type="checkbox"/> Systemic infection <input type="checkbox"/> Hepatobiliary/Intraabdominal infection <input type="checkbox"/> Gynecologic infection <input type="checkbox"/> Septic arthritis <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....</p> <p>หมายเหตุ - IV fluid 30 ml/kg in 3hrs ในกรณี septic shock, sepsis induced hypotension, lactate > 4 mmol/L Prefer balanced salt solution (Acetar, RLS > NSS) ***กรณีมี Heart Condition or CKD/ESRD พ่วงประวัติดู Ongoing volume loss ให้ประเมินคนดูแลหัตถิศจอมแพทย์*** - Hydrocortisone: ให้รวมยาให้ได้อnorepinephrine >= 0.25 mcg/kg/min อย่างน้อย 4 hr หรือไม่ได้ให้ hydrocortisone: สดุดิน หรือสงสัยภาวะ Adrenal insufficiency -Keep Hb > 7 (แต่ใน LV D ACS, severe hypoxemia, Acute hemorrhage)</p>	<p>วันที่.....เวลา.....น. Admic ward...../ ICU วันที่.....เวลา.....น. Investigation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, Lactate <input type="checkbox"/> H/C 12 specimens จากหลอดเลือดส่วนปลาย (from DLE ใต้ง่า) ขวดที่ 1 เวลา.....น. ขวดที่ 2 เวลา.....น. <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> Urine C/S (If UA wbc > 5-10, Epi < 5) <input type="checkbox"/> Sputum G/S, C/S <input type="checkbox"/> Pus G/S, C/S <input type="checkbox"/> CXR <input type="checkbox"/> ABG (Arterial Lactate) <input type="checkbox"/> IV Resuscitation (Acetar, RLS, NSS) <p>..... </p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Norepinephrine (4.250) IV drip start 10 ml/hr Titrate ให้ได้ 3 ml/hr ฤ 5-15 min Keep MAP > 65 mmHg (If HE > 30 ml/hr แล้วยังไม่ได้ goal ให้ Notify แพทย์ <input type="checkbox"/> DTX stat.....mg/kg <input type="checkbox"/> Retain Foley catheter <input type="checkbox"/> O2 saturation room air.....% 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NPO <input type="checkbox"/> Record VS ฤ 5-15min ในช่วง resuscitation then ฤ 1hr until stable then ฤ 2-4hrs <input type="checkbox"/> Record I/O <input type="checkbox"/> Keep urine output > 0.5ml/kg/hr. <input type="checkbox"/> DTX ฤ 6 hrs. ช่วงที่ NPO keep 70-180 mg/dl <p>Medication Antibiotic with STAT dose (with in 1 hr.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ceftriaxone..... <input type="checkbox"/> Cefazidime..... <input type="checkbox"/> <p>1st dose ที่ ER / OPD / IPD เวลา.....น. Other medications</p>

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

Reflect

หลังจากมีการปรับปรุงนำแนวทางที่ปรับปรุงไปใช้ในการปฏิบัติการ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดประสบความสำเร็จ ประกอบไปด้วย

๑. ทีมนำด้านคลินิก PCT / ทีม IC ประสานและติดตามตัวชี้วัดในโรงพยาบาลเพื่อลด ๓ โรค คือ Stroke , STEMI, Sepsis โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกันทบทวนอุบัติการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำมาแก้ไข้ปัญหา

๒. เน้นการค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็ว (Early detection) โดยใช้เครื่องมือในการช่วยคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อช่วยค้นหาผู้ป่วยได้รวดเร็วและวินิจฉัยได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยการใช้ เครื่องมือ Early warning sign

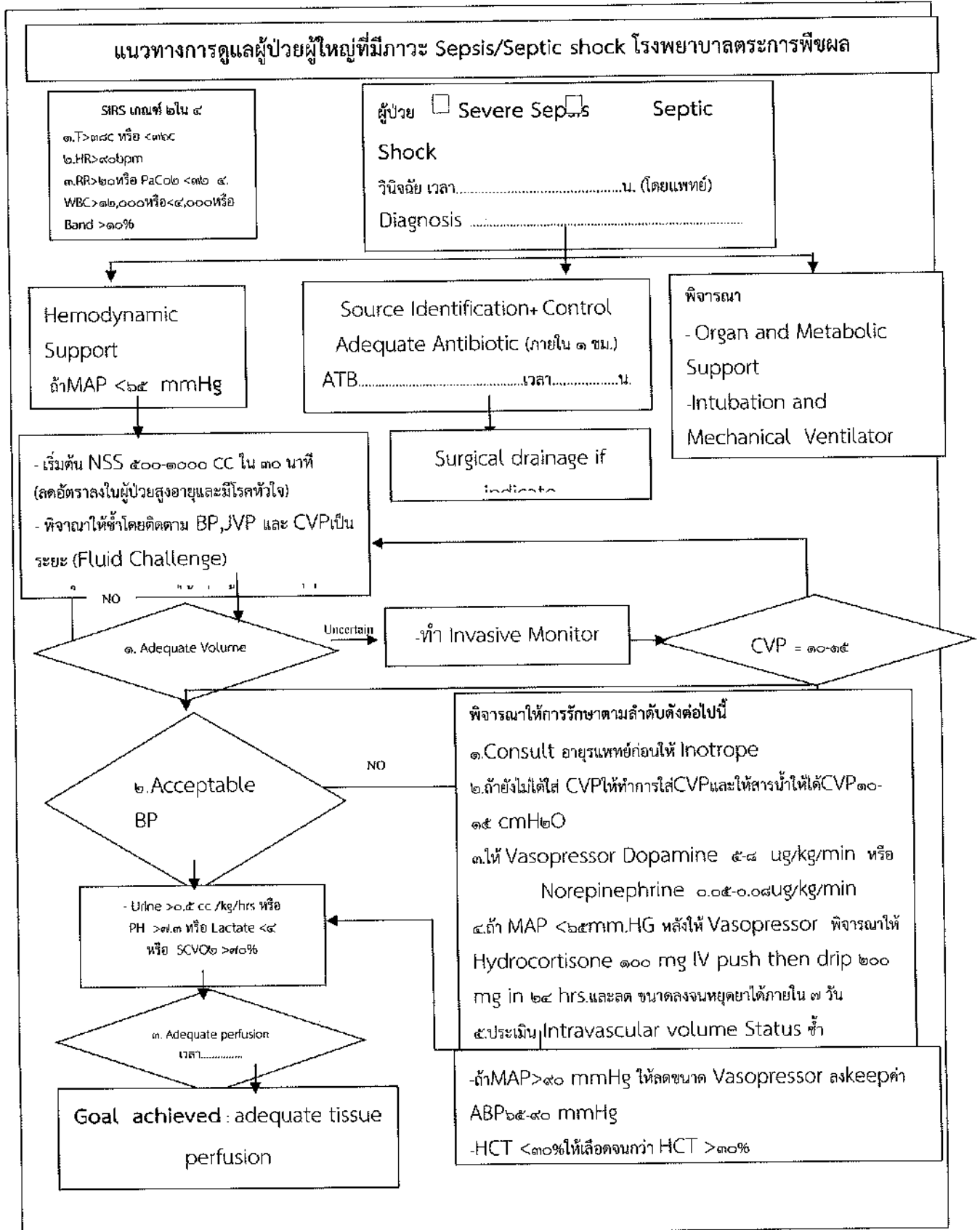
ใช้ SOS score ร่วมกับ SIRS มาช่วยในคัดกรอง

๓. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis bundles

๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการสื่อสารและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

๕. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับระหว่างแพทย์ พยาบาล ในโรงพยาบาล อัปเดตข้อมูลการรักษาตามมาตรฐานการรักษา และให้รับทราบปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนาแนวทางร่วมกัน

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)



แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๔. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและถูกต้องตามมาตรฐาน
๒. เพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างครอบคลุมและเป็นแนวทางเดียวกัน
๓. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
๔. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้
๕. บุคลากรในหน่วยงานสามารถใช้แบบคัดกรอง เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องและรวดเร็ว

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) ร้อยละ ๑๐๐
๒. ผู้ป่วยได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ ๑๐๐ ผู้ป่วยได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชั่วโมงแรก ร้อยละ ๙๐
๓. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนและหลุดลงส่งต่อ น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐
๔. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ ๐
๕. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีความพึงพอใจในการใช้แบบคัดกรอง SOS score+SIRS เพื่อการประเมิน ผู้ป่วยได้รวดเร็ว ร้อยละ ๙๐

(ลงชื่อ)

(นางไพรวลัย ศรีสุข)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘ มกราคม ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑.ชื่อเรื่อง การพัฒนาระบบการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ด้วย Application
ใกล้ใจตลอดเวลา โรงพยาบาลระยอง จังหวัตุบลราชธานี

๒.ระยะเวลาการดำเนินการ

ระหว่างเดือน กรกฎาคม - ตุลาคม ๒๕๖๖

๓.ความรู้ ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานปัจจุบัน ปฏิบัติงาน
ในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล ตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ เปิดบริการผ่าตัด ๑ ห้องไม่มี
วิสัญญีแพทย์ให้บริการสาขาสูติกรรม เป็นหลัก ในปี ๒๕๕๘ มีศัลยแพทย์ ๑ คน ไม่มีวิสัญญีแพทย์มีวิสัญญีพยาบาล
๓ คนวางระบบให้บริการโดยปริกษาวิสัญญีแพทย์ที่ รพ แม่ข่ายสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี ๒๕๖๑ มีแพทย์
เฉพาะทางออโรโธดิกส์ ๑ คน และในปี ๒๕๖๔ มีวิสัญญีแพทย์ ๑ คนและมีแพทย์เฉพาะทางออโรโธดิกส์ ๑ คน
จักษุแพทย์ ๑ คน มีการขยายห้องผ่าตัดเป็น ๔ ห้อง

๓.๑ ความรู้ทางวิชาการ

๓.๑.๑ มีความรู้ความชำนาญด้านการวิจัยและพัฒนา นวัตกรรม เกี่ยวกับการพยาบาลผ่าตัดและวิสัญญีโดยใช้
ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ และความชำนาญสูงมาก ในด้านการวิเคราะห์ วิจัย ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจ
หรือแก้ปัญหาเฉพาะทางที่ซับซ้อนยากมากในการให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงล่วงหน้าและหา
แนวทางป้องกันแก้ไข โดยนำองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้
ปลอดภัย พึงพอใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๓.๑.๒ มีความชำนาญในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด คัดกรองสภาวะสุขภาพตามมาตรฐานวิสัญญี ASA
Classification การซักประวัติการแพ้ยา อาหาร สารน้ำ ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจ การตรวจร่างกายที่มี
ความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อหาแนวทาง ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและเฝ้าระวังอาการอย่าง
ใกล้ชิดในขณะที่ผ่าตัดและดูแลหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๓.๑.๓ มีความชำนาญในการแก้ปัญหาฉุกเฉินที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัด เช่น ภาวะเสียเลือดมากขณะผ่าตัด หัวเต้นผิด
จังหวะขณะผ่าตัด ภาวะหัวใจหยุดเต้นขณะผ่าตัด การบริหารยาให้ทันเหตุการณ์การประสานกับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
สหเวชวิชาการที่ทันสมัย

๓.๑.๔ มีความรู้ความชำนาญในการประเมินการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาการให้บริการในยุคดิจิทัล

๓.๒ แนวคิดในการทำงาน

การพัฒนา ต่อ ยอดในกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย
Pre-operative

๑.การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อคั่นความเสี่ยงและหาแนวทางป้องกัน

๒.ระบุปัญหา

๓. วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสมกับแต่ละโรค หัตถการ Intra operative เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นขณะผ่าตัด Post operative เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและได้รับ
ยาระงับความรู้สึกการจัดการความปวดหลังผ่าตัด

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระและขั้นตอนการดำเนินการ

จากข้อมูลการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) พบว่าผู้ป่วยยังมีการประเมินความปวดไม่ถูกต้อง คือประเมินเกินความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยบริหารยาเองที่บ้านไม่ถูกต้อง ได้รับยาเข้าไปในร่างกายเกินซึ่งจะมีผลต่อการทำลายยาในร่างกายโดยไม่จำเป็น ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญมากพบว่าการประเมินความปวด Day๑ระดับปวดมาก ๘ ราย(๒๐%) Day๒ ๘ ราย(๒๐%)จากการติดตามซ้ำ พบว่าการประเมินความปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง Day ๕ ราย (๖๒.๕%) Day๒ ลดลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ๘ ราย (๑๐๐%)

ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน

ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนคือ ขั้นการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) มาประยุกต์ใช้ โดยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) ในการจัดเก็บแบบกระบวนการกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และกระบวนการศึกษาชุมชนเชิงเทคนิค และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้แบบสอบถาม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS โรงพยาบาลตระการพิรุณ

๑) การวางแผน (Planning)

เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสถานการณ์ เงื่อนไขอื่นๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความ ยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

๒) การปฏิบัติการ (Action)

เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่าง รมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัด ของสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ ในขณะที่ การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

๓) การสังเกตการณ์ (Observation)

เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่ แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและ ผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

๔) การสะท้อนกลับ (Reflection)

เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึก ข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้ง ประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงาน ระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ผู้ให้บริการ จำนวน ๒๐ คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลตึกผู้ป่วยนอก พยาบาลช่วยผ่าตัด พยาบาลวิสัญญี พยาบาลตึกผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบ ODS ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๔๐ คน พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน ๒๓ คน (๕๗.๕%) และ เพศหญิง จำนวน ๑๗ คน (๔๒.๕%) - มาด้วยอาการไส้เลื่อนที่ขาหนีบ ๑๖ คน (๔๐.๐%) ขูดมดลูก ๑๐ คน (๒๕.๐%) และต้อเนื้อ ๑๔ คน (๓๕.๐%)

เชิงคุณภาพ

๑ ได้ระบบการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ที่ชัดเจน โดยเฉพาะการประเมินความปวดหลังผ่าตัด ODS ที่เป็นรูปธรรมผู้ป่วยสามารถบริหารความปวดที่บ้านได้

๒ ได้แนวทางในการบริหารยาแก้ปวดในผู้ป่วย ODS ของแพทย์ได้

๓.สร้างเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ODS

๔.สนับสนุนและปรึกษาวิชาการให้แก่ทีมสุขภาพลูกข่ายโซน ๒

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากผลการวิจัย ระบบการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ด้วย Application ใกล้เคียงตลอดเวลา โรงพยาบาลตระการพิษผล จังหวัดอุบลราชธานี ทำให้ติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยมีความครอบคลุม รวดเร็ว ทันเวลาตามเกณฑ์มาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำให้อัตราการ Re visit เป็น ๐ ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการติดตามสอบถามด้วยวิธีอื่นๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินและดูแลตัวเองได้อย่างมั่นใจ มีความพึงพอใจในรูปแบบการติดตามดูแลที่ทันสมัยโลกาภิวัตน์ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการให้บริการผ่าตัดแบบ ODS เพิ่มศักยภาพในการเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ให้บริการผู้ป่วยในสาขาศัลยกรรม สามารถติดตามและเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถขยายผลในการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย มาใช้ในการพัฒนาดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและมีความพึงพอใจ เนื่องจากมีช่องทางติดต่อสื่อสารในการเข้ารับบริการได้รวดเร็วตลอดเวลา สามารถลดความแออัดในการนอนพักในโรงพยาบาลได้โรงพยาบาลตระการพิษผล ลดวันนอน ๔๕๐วัน ลดค่าใช้จ่าย ๑๕๐,๐๐๐ บาท ซึ่งตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีต่อการให้บริการสาขาอื่นๆ

๗.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) เป็นการผ่าตัดที่เน้นการดูแลตัวเองที่บ้านเพื่อสร้างความมั่นใจในการรักษาและความพึงพอใจในการบริการ จึงมีความยุ่งยากซับซ้อนในการวางระบบต่างๆ ดังนี้

๗.๑ วางระบบในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะเข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เช่น ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์

๗.๒ วางระบบในการติดตามผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดซึ่งมีความจำเป็นในการติดต่อสื่อสารด้วยเทคโนโลยีจึงได้ประสานกับทีมสารสนเทศที่มีความเชี่ยวชาญในการออกแบบระบบในการติดตามผู้ป่วย

๗.๓ ออกแบบระบบบริการด้านหน้าในการให้บริการด้วยระบบ Fast Track เพื่อให้บริการรวดเร็วโดยสหวิชาชีพ เช่น ห้องสิทธิบัตร การรับยากลับบ้าน พยาบาล admit center

๗.๔ ออกแบบระบบการให้คำปรึกษาในการเตรียมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลลูกข่ายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เช่น ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ รังสีแพทย์

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ (ต่อ)

- ๗.๕ ออกแบบระบบในการให้บริการในห้องผ่าตัดโดยเรียงลำดับการผ่าตัดตามความเร่งด่วน
- ๗.๖ ออกแบบระบบในการติดตามผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดโดยสหวิชาชีพ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย รวมไปถึงเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล
- ๗.๗ ออกแบบระบบยาที่ใช้กับผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านทั้งจำนวนและชนิดของยา
- ๗.๘ ออกแบบระบบการให้สุขศึกษาแก่เจ้าหน้าที่เพื่อสร้างความมั่นใจในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในผ่าตัดรวมทั้งการดูแลตัวเองที่บ้าน

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้องได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล แพทย์ผ่าตัด และทีมผ่าตัดตั้งแต่การเตรียมผ่าตัดที่บ้าน การเดินทางมาโรงพยาบาล ตลอดจนการดูแลตัวเองและการบริหารความปวดที่บ้าน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ด้านผู้ให้บริการ

๑. การให้คำแนะนำเรื่องการใช้ Application ยังไม่มีระบบให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลทดลองใช้งาน
๒. ทีมผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจในขั้นตอนการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
๓. ทีมผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจสิทธิ์การรักษาการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

ด้านผู้รับบริการ

๑. ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ ๕๐.๐ ยังไม่มีความพร้อมใช้งาน Application เช่น ผู้สูงอายุมีปัญหาสายตา
๒. โทรศัพท์ไม่สามารถลง Application ได้
๓. ใช้ Application ไม่เป็น
๔. การประเมินภาวะแทรกซ้อนยังไม่ถูกต้องและประเมินเกินความจริงโดยเฉพาะการประเมินความปวดหลังผ่าตัด
๕. อธิบายข้อดีข้อเสีย ของการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ODS บางคนยังไม่เข้าใจ ไม่มั่นใจถึงความปลอดภัยหลังผ่าตัด

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ระบบการผ่าตัดแบบ ODS ด้วย Application โกลีใจตลอดเวลา โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี เหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดไม่ซับซ้อน สามารถลดจำนวน วันนอน ลดความแออัด และลดค่าใช้จ่ายได้ตามเป้าหมาย และสามารถขยายต่อยอดการนำไปใช้ในกลุ่มโรคสาขาอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการชูดมดลูก เป็นต้น และสามารถนำไปใช้กับทุกโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับได้

ผลการศึกษาวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อการสนับสนุนหรือเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสำหรับการบริหารจัดการระบบการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ด้วย Application โกลีใจตลอดเวลา โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี ให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลทั้งทางด้านบุคลากร ผู้ป่วย ครอบครัวและบริบทของชุมชน ในการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ด้วย Application โกลีใจตลอดเวลาให้มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสมและตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ (ต่อ)

๒. ข้อเสนอแนะการนำไปประยุกต์ใช้

๑) องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ได้แก่ สถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ปัญหา สาเหตุ บริบทพื้นที่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน สังคม รวมถึงกิจกรรมการดำเนินงานที่นำไปสู่รูปแบบแนวทางการให้บริการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ด้วย Application ใกล้เคียงตลอดเวลา โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ในผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยอาศัยการมีส่วนร่วม

๓. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

๑) ควรมีการศึกษาต่อยอดการนาระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) ไปใช้ในสาขาอโรโธปิดิกส์ การผ่าตัดผ่านกล้องที่เป็นการผ่าตัดแบบ ทำลายเนื้อเยื่อน้อย (Minimally Invasive Surgery : MIS)

๒) ควรศึกษาการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรเครือข่ายใน รพ.สต. หรือ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

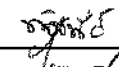
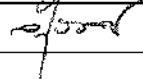
ผู้วิจัยได้มีการเผยแพร่ผลการพัฒนาระบบการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ด้วย Application ใกล้เคียงตลอดเวลา โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ในรูปแบบวิชาการ เพื่อให้พื้นที่อื่นหรือโรงพยาบาลอื่นสามารถพัฒนาต่อยอดกระบวนการหรือรูปแบบไปปรับใช้ได้โดยนำเสนอผ่านเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี ๒๕๖๗ (Change and Challenges in the next Normal)

มูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีเครือข่ายวิชาชีพพยาบาล สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ (CNO-R) ชมรมผู้บริหารการพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๖

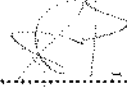
ตอนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางทัศนีย์ ยิ่งยง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๘๐
 ๒) นางสาวจุไรรัตน์ ทูมนันท์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สัดส่วนของผลงานร้อยละ ๒๐

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
๑.นางทัศนีย์ ยิ่งยง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สัดส่วนร้อยละ ๘๐	
๒.นางสาวจุไรรัตน์ ทูมนันท์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สัดส่วนร้อยละ ๒๐	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....


(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

ตำแหน่ง วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

วันที่..... ๗ ๘ มี.ค. 2557

(ลงชื่อ).....


(นางสาวจุไรรัตน์ ทูมนันท์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิรุณ

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

วันที่..... ๗ ๘ มี.ค. 2557

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง: การจัดการความปวดหลังการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS)

๒.หลักการและเหตุผล

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) ได้เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ และ มีการกำหนดเป็นแผนงานและตัวชี้วัด Service Plan เป็นการยกระดับมาตรฐานการให้บริการเพื่อลดความแออัดควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่าย (สำนักวิชาการกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) เป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีต้นแบบจาก สหรัฐอเมริกาและยุโรป โดยพบว่าในสหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการผ่าตัด ส่วนใหญ่ เป็นการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (Institute of Medical Science, ๒๐๑๗) ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า ในประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ ๗๕.๐ และประเทศอังกฤษร้อยละ ๖๕.๐ ของผู้ป่วยนอก ซึ่งสำหรับประเทศไทยนั้น พบว่า ในปี ๒๕๖๑ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ODS ทั้งหมด ๔,๗๓๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๓๔ ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายได้จำนวน ๗๓,๖๑๙,๐๐๐ บาท ลดวันนอนได้ ๙,๖๖๒ วัน ลดค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ๗๔ ล้านบาท ทั้งนี้ ในจำนวนที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ ODS ยังมีผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่ต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า ๑ วัน จำนวน ๕๑๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๙๓ คือ มีอาการปวดแผลผ่าตัด คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะไม่ออก คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๙๓ โดยในปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ ๑๐ ที่มีการให้บริการด้วย One day surgery จำนวน ๒๓๔ ราย จากกลุ่มเป้าหมาย ทั้งเขต ๓,๗๕๐ ราย สามารถลดวันนอนที่ไม่จำเป็นได้ ๓๙๙ วัน ร้อยละ ๕๙.๑๔ (ธิดา ยุคินทรานันท์, ๒๕๕๘) ซึ่งยังถือว่าน้อยเมื่อเทียบในจำนวนทั้งหมด ๑๓ เขตสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการฯ แต่ละโรงพยาบาลจึงได้มีการตื่นตัว ในการเร่งรัดพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการแก้ไขปัญหาค่าความแออัดและค่าใช้จ่าย

โรงพยาบาลตระการพิรุณเป็นโรงพยาบาลระดับ M๑ โดยการพัฒนาดำเนินการด้านระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day Surgery : ODS) ซึ่งเป็นการยกระดับมาตรฐานควบคู่ไปกับการลดค่าใช้จ่าย ทั้งในแง่ของผู้ให้บริการการลดความแออัดและสามารถกลับบ้านได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง และผู้รับบริการลดค่าใช้จ่ายของญาติในการเฝ้าดูแลผู้ป่วยและการเดินทาง รวมทั้งเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองและผู้ดูแลผู้ป่วย(Caregiver) ส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขและเพิ่มคุณค่าชีวิตของประชาชน ให้บริการผ่าตัดแบบ ODS มาตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ ใน ๓ หัตถการคือ การผ่าตัดไส้เลื่อนที่ขาหนีบ การขูดมดลูกจากภาวะมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดและผ่าตัดต่อเนื้อโดยมีการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day Surgery : ODS) ปี ๒๕๖๑,

๒๕๖๒,๒๕๖๓,๒๕๖๔,๒๕๖๖ = ๒๙,๖๓,๑๐๒,๑๓๕,๙๗และ ๑๑๒ตามลำดับ และมี Drop out ในปี ๒๕๖๑ กลับมารักษาซ้ำ ๑ ราย (ริดสีดวงทวาร)ในปี ๒๕๖๒ คิดเป็น ๐.๗๓ % ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ODS จากการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ODS พบว่าการประเมินความปวดเกินความเป็นจริงหลังผ่าตัด Day ๑ ระดับความปวดปวดมาก ๗-๙ คะแนน

= ๘ราย(๒๐%) Day ๒=ระดับความปวดปวดมาก ๘ราย(๒๐%) จึงได้มีการประเมินซ้ำประเมินซ้ำ ระดับความปวด

ลดลงเหลือเป็นระดับความปวดปานกลาง ๔-๖ คะแนนเป็นจำนวน ๘ รายทั้ง Day ๑ และ Day ๒ จากการพัฒนา

เรื่องการจัดการความปวดนี้แล้วผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองที่บ้าน บริหารยาแก้ปวดด้วยตัวเองที่บ้านได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี อัตรากำลังตามกรอบ คือ ๙๐ เตียง ให้บริการตามจริง ๒๐๔ เตียง มีอัตราครองเตียง ๘๘.๗๔% LOS ๒๕๖๔, ๒๕๖๕, ๒๕๖๖ = ๓,๙๕, ๓,๘๖, ๓,๓๙ วัน จึงทำให้เกิดความแออัดภาระงาน Over load ดังจะเห็นได้จากเกิดความคลาดเคลื่อนทางคลินิก ในปี ๒๕๖๓ ๒๕๖๔ ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ เป็น ๑,๕๘๒ , ๑,๓๕๐ ๙๖๔ และ ๓๓๙๑ ครั้งตามลำดับ

ผู้ให้บริการ

๑. มีความเหนื่อยล้าจึงทำให้การให้คำแนะนำในการประเมินความปวดยังไม่ครอบคลุม

๒. รูปแบบในการให้คำแนะนำยังไม่เป็นรูปธรรมทำให้ผู้ป่วยประเมินความปวดยังไม่ถูกต้อง ประเมินความปวดเกินจริง

ผู้รับบริการ

๑. ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุทำให้การสื่อสารคลาดเคลื่อน

๒. โทรศัพท์ที่ใช้เป็นเครื่องมือการประเมินความปวดใช้ Application ไม่ได้

การให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS) ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งส่งผลให้วันนอนเฉลี่ย ลดลงจาก ๓.๓๙ วันเหลือ ๑ วัน ลดการสัมผัสเชื้อในโรงพยาบาล ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติ จากการที่ต้องมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลทั้งไปและกลับจำนวน ๖ เทียบลดลงเหลือ ๒ เทียว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

๑) สามารถขยายต่อยอดการนำไปใช้ในในกลุ่มโรคสาขาอื่นๆ อาทิเช่น ผู้ป่วยสาขาออร์โธพีดิกส์ เป็นต้น และสามารถนำไปใช้กับทุกโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดวันเดียวกลับได้

๒) ผลการศึกษาวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อการสนับสนุนหรือเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสำหรับการบริหารจัดการระบบการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ให้มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม และตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด

๓) องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย สามารถนำไปสู่รูปแบบแนวทางการให้บริการติดตามและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ ODS ในผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยอาศัยการมีส่วนร่วม

๔) ควรมีการศึกษาต่อยอดการนำระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (ODS) ไปใช้ในกลุ่มผ่าตัดผ่านกล้องที่เป็นการผ่าตัดแบบ ทำลายเนื้อเยื่อน้อย สาขาออร์โธพีดิกส์

๕) ควรศึกษาการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรเครือข่ายใน รพ.สต. หรือ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แนวทางแก้ไข

ผู้ให้บริการ

๑. เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ODS ตามสมรรถนะ

๒. เพิ่มช่องทางในการติดตาม ประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ลงสู่ชุมชน

ผู้รับบริการ

๑. เสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

๒. ให้ความรู้และการจัดการความปวดหลังผ่าตัดอย่างเป็นรูปธรรม

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๓.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS)

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบริหารความปวดด้วยตัวเองที่บ้านได้

๓.๒ วิธี/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๓.๒.๑ ระยะเตรียมการ

ศึกษาสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(ODS) โดยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานรังสี พยาบาลตึกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ห้องสิทธิบัตร พยาบาลช่วยผ่าตัด วิสัญญีพยาบาล พยาบาลตึกผู้ป่วยนำประเด็นปัญหามาพัฒนาระบบติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

๓.๒.๒ ระยะดำเนินการ เดือน มีนาคม ๒๕๖๗ถึง เดือน มิถุนายน ๒๕๖๗

๓.๒.๓ ระยะประเมินผล ประเมินความเหมาะสมในการประเมินความปวดหลังผ่าตัดโดยทีมสหวิชาชีพ ในเดือน กรกฎาคม ๒๕๖๗

๓.๓ ระยะเวลาดำเนินการ

ตารางปฏิบัติการตามตารางปฏิทินกิจกรรมวิธี/ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนดำเนินงาน	มีนาคม ๒๕๖๗	เมษายน ๒๕๖๗	พฤษภาคม ๒๕๖๗	มิถุนายน ๒๕๖๗	กรกฎาคม ๒๕๖๗
ระยะเตรียมการ	✓				
รวบรวม เก็บข้อมูล	สัปดาห์ที่ ๑				
ออกแบบระบบติดตามหลังผ่าตัด	สัปดาห์ที่ ๒				
จัดทำแบบประเมินข้อความ	สัปดาห์ที่ ๓				
สื่อสารทีมผู้ให้บริการการใช้แบบประเมิน	สัปดาห์ที่ ๔				
ระยะดำเนินการ		✓	✓	✓	
ระยะประเมินผล					✓

ระดับความปวดที่ใช้ประเมิน

ระดับ ๐ ไม่ปวด (No pain) ขยับตัวก็ไม่ปวด

ระดับ ๑-๓ ปวดเล็กน้อย (Mild pain) ปวดเล็กน้อยพอทนได้เมื่อนอนเฉยๆ ไม่ปวดหากขยับตัวจะปวดเล็กน้อย

ระดับ ๔-๖ ปวดปานกลาง (Moderate pain) นอนเฉยๆก็ปวด ยิ่งมีการขยับตัวก็ปวดมากขึ้น

ระดับ ๗-๙ ปวดมาก (Severe pain) ปวดมากแทบทุกขณะเวลาไม่ว่าจะนอนนิ่งๆหรือขยับตัว

ระดับ ๑๐ ปวดมากที่สุด (Severe pain) ปวดมากที่สุดจนทนไม่ไหว แม้จะนอนนิ่งๆก็ตาม

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. โรงพยาบาลมีรูปแบบในการติดตามการประเมินความปวดหลังผ่าตัดผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ(One day Surgery : ODS)ที่ชัดเจน

๒. ลดอัตราการ Re-Admit ด้วยโรคเดิม

๓. ลดความแออัดในโรงพยาบาล

๔. ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา การเดินทางของผู้ป่วยและผู้ดูแล

๕. ระดับความพึงพอใจในการให้บริการมากกว่าร้อยละ ๘๐

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้รับการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดร้อยละ ๑๐๐

๒. อัตรา Readmit ของผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day Surgery : ODS) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง=ร้อยละ ๐

๓. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....*ชัชชุบ*.....

(นางทัศนีย์ ยิ่งยง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่.....*7* *ธ* *ค* *2567*.....

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อผลงานเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีโรคจิตเภทเป็นโรคร่วม มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังระยะ ๓b : กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ทำการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา

รายที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ - ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

รายที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕ - ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

๑ มีความรู้ ความชำนาญด้านการพัฒนานวัตกรรมเกี่ยวกับการพยาบาล และการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการโรคเรื้อรัง โดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ ทักษะ ความชำนาญสูงมากในการวิเคราะห์พัฒนางาน ปฏิบัติงานที่ต้องตัดสินใจ หรือ แก้ปัญหาที่ยากมากเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนทางคลินิก เริ่มตั้งแต่การค้นหาคัดกรอง การประเมินภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง-พฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง คัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการตรวจค้นหาร่องรอยการทำลายของอวัยวะต่างๆ(Target organ Damage :TOD) และประเมินอาการทางคลินิกที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อน (Associated clinical condition : ACC) ในการดูแลรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ และความจำเป็นเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ควบคุมโรคได้ ไม่เกิดเกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรงขึ้น

๒ มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ในการปฏิบัติการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มคนวัยทำงาน การคัดกรองประชาชนอายุ ๓๕ปีขึ้นไปเพื่อค้นหาความเสี่ยง-ปัจจัยเสี่ยง นำผลการวิเคราะห์ ข้อมูลสุขภาพจำแนกตามความสำคัญ ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพให้ครอบครัวจัดการสร้างเสริม สุขภาพ โดยการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์การลด-เลิกปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง และ สร้างตระหนักรู้กลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกาย ลด-เลิกบุหรี่ การจัดการความเครียด และ การจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ ไม่เกิดป่วยรายใหม่

๓. มีความรู้ ความชำนาญในการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลสู่เครือข่ายชุมชน เพื่อวางแผนงานโครงการ ประสานส่งต่อการดูแลที่บ้านและในชุมชนอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วม

๓.๒ ความรู้ทางด้านวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

๑. ความรู้ทางด้านวิชาการ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus :DM) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยเกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ ขาดฮอร์โมนอินซูลิน หรือ ฮอร์โมนอินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้ได้ตามปกติ ก่อให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด ซึ่งหากไม่มีการควบคุมเรื่องการรับประทานอาหาร และดูแลรักษาสุขภาพอย่างถูกวิธี ปล่อยให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นเวลานานจะส่งผลต่อเส้นเลือดที่นำสารอาหารไปเลี้ยงอวัยวะในร่างกาย นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(Hyperglycemia) ๒ ลักษณะ คือ

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)</p> <p>๓.๒ ความรู้ทางด้านวิชาการ (ต่อ)</p> <p>๑. ภาวะน้ำตาลสูงในเลือดชนิดมีกรดคีโตนคั่ง(DKA) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ (พึ่งอินซูลิน) ผู้ป่วยจะมีน้ำตาลในเลือดมากกว่า ๒๕๐มก./ดล ร่วมกับตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะ มีอาการหอบลึก ซึม ร่วมกับภาวะขาดน้ำ ถ้าเป็นมากอาจหมดสติ</p> <p>๒. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดไม่มีกรดคีโตนคั่ง (HHNS) มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ (ไม่พึ่งอินซูลิน) สาเหตุมาจากการขาดยา ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของเบาหวาน คือ โรคแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก (Microvascular) ได้แก่ ไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic-nephropathy)</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนมักเกิดกับผู้ป่วยเบาหวานที่ปล่อยปละละเลย ขาดการรักษา หรือการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง โดยภาวะแทรกซ้อนแบบเรื้อรัง มักเกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เป็นเวลานาน ซึ่งอาจใช้เวลา ๕-๑๐ ปีขึ้นไป ทำให้หลอดเลือดแดงทั้งเล็ก และใหญ่ แข็งและตีบตัน ส่งผลให้อวัยวะหลายส่วน เช่น ระบบประสาท สมอง หัวใจ ตา ไต เท้า ขาดเลือดไปเลี้ยงจนเป็นสาเหตุทำให้อวัยวะเหล่านี้เสื่อมสมรรถภาพ พิการ หรือ สูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีจะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่</p> <p>๑. ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่</p> <p>๓.๑ ไต ซึ่งโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของโรคไตเรื้อรัง ระดับกลูโคสในเลือดสูง หรือที่เรียกว่าน้ำตาลในเลือดจากโรคเบาหวาน สามารถทำลายหลอดเลือดที่ไตได้ ชั้นแรก จะตรวจพบprotein รั่วออกมาในปัสสาวะ หากไม่ระวัง ควบคุมโรคให้ดี อาจทำให้เกิดภาวะไตเสื่อม เป็นโรคไตเรื้อรังและเกิดภาวะไตวายได้ ผู้ที่เป็นเบาหวาน ๑ ใน ๓ รายเป็นโรคไตเรื้อรัง เป็นสาเหตุทำให้เกิด end-stage renal disease (ESRD)</p> <p>๑.๒ จอประสาทตา อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และหากพบผิดปกติ สามารถรักษาโดยการ Laser เพื่อป้องกันระดับสายตาเสื่อมลงและตาบอดได้</p> <p>๑.๓ เส้นประสาท มีอาการชา ปวดแสบออกร้อน หรือ ปวดรุนแรง ที่ปลายมือเท้า เกิดผลที่เท้า/ หลอดเลือดส่วนปลายที่ขา ทำให้เลือดไปเลี้ยงขาไม่พอ มีอาการปวดน่องเวลาเดิน เกิดผลที่เท้าจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ตัดนิ้ว-ตัดเท้า</p> <p>๒. ภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่</p> <p>๒.๑ โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>๒.๒ โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะอัมพาต อัมพฤกษ์</p> <p>การรักษาโรคเบาหวาน</p> <p>โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังซึ่งยังไม่มีวิธีการใดๆทางรักษาให้หายขาดได้ แต่ผู้ป่วยสามารถควบคุมให้เข้าสู่ระยะสงบของโรคได้(Remission) คือ ไม่แสดงอาการ และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในค่าปกติเหมือนกับหายจากโรคแล้ว ซึ่งระยะสงบ อาจจะยาวนานเป็นเดือนๆ เป็นปี หรือหลายสิบปีก็ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล การรักษาจึงเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติให้มากที่สุด รวมถึงความดันโลหิต ไขมันในเลือด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในการรักษาผู้ป่วยจึงต้องมาตรวจตามนัด-พบแพทย์ติดตามอาการต่อเนื่องเป็นระยะๆ คือ</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๒ ความรู้ทางด้านวิชาการ (ต่อ)

๓.๑ การรักษาแบบไม่ใช้ยา(non pharmacologic treatment) โดยมีวิธีการปฏิบัติตัวดังนี้

๑. ควบคุมอาหาร โดยลดประเภทข้าว แป้ง น้ำตาล และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล โดยเฉพาะ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ และนมเปรี้ยว

๒. ออกกำลังกาย ๓๐-๖๐ นาทีต่อครั้ง ๓-๕ ครั้งต่อสัปดาห์

๓. งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และสารเสพติด

๔. รักษาปัจจัยอื่นๆที่พบรวม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ความเครียด

๕. หากมีอาการผิดปกติ เช่น อาเจียนมาก รับประทานอาหารไม่ได้ ควรรีบปรึกษาแพทย์

เนื่องจากระดับน้ำตาลอาจต่ำหรือสูงได้

๓.๒ การรักษาแบบใช้ยา(pharmacologic treatment) ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษามีทั้งยากินและยาฉีดอินซูลิน ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือดและอาการอื่นๆของผู้ป่วย รับประทานยา หรือ ฉีดยาตามแพทย์สั่งโดยเคร่งครัดและต่อเนื่อง

โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ไตมีการสูญเสียหน้าที่อย่างช้าๆและเป็นไปอย่างถาวร ซึ่งการทำงานของไตลดลง เช่น การรักษาสมดุลในร่างกาย การควบคุมน้ำและแร่ธาตุต่างๆในเลือด การกำจัดของเสียออกจากเลือด การรกล้างฮอร์ดมนเข้าสู่กระแสเลือด ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ และ ถึงแม้จะแก้ไขสาเหตุที่ทำให้เกิดการทำลายหน่วยไตในระยะแรกแล้วการเสื่อมของไตจะยังคงดำเนินต่อไปจนในที่สุด เกิดเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย(CKDstage ๕, End Stage Renal Disease: ESRD) (อิสระ กอไพศาล,๒๕๖๕)

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง

ระยะ	คำจำกัดความ	ค่า GFR (ml/min/๑.๗๓ m ^๒)
๑	ไตเริ่มผิดปกติ อยู่ในระดับเสี่ยงต่ำ	GFR ปกติหรือเพิ่ม >๙๐
๒	ไตผิดปกติมากขึ้น ระยะการประเมินชะลอไตเสื่อมโรคไตเรื้อรัง	GFRลดลงเล็กน้อย ๖๐-๙๐
๓a	ไตเริ่มเสื่อม	GFR ลดลงเล็กน้อย-ปานกลาง ๔๕-๕๙
๓b	ไตเสื่อมมากขึ้น	GFRลดลงปานกลาง-มาก ๓๐-๔๔

เป็นระยะที่แพทย์จะเพิ่มการดูแลภาวะแทรกซ้อนของไต ต้องระวังในเรื่องของโรคหัวใจที่จะเป็นภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเสียชีวิตได้มาก

๔	ไตเสื่อมมาก	GFR ลดลงมาก ๑๕-๒๙
---	-------------	-------------------

เป็นระยะที่แพทย์จะเริ่มพูดคุยแนะนำเรื่องการบำบัดทดแทนไตไม่ว่าจะฟอกเลือดด้วยเครื่องฟอกไตเทียม การฟอกไตทางหน้าท้อง หรือการปลูกถ่ายไต

๕	ไตวายระยะสุดท้าย	< ๑๕ หรือRRT
---	------------------	--------------

แพทย์จะเริ่มทำการบำบัดทดแทนไต ตามที่ได้ปรึกษาตกลงแล้ว โดยเริ่มการบำบัดทดแทนไต

วิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการชะลอความเสื่อมของไต คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของไตให้ยาวนานที่สุดตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเมื่อได้รับการวินิจฉัย แนะนำให้ปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน(ต่อ)

๓.๒ ความรู้ทางด้านวิชาการ (ต่อ)

๑. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยควบคุมการรักษาอาหารอย่างเคร่งครัด งดสมุนไพรรักษา
๒. รักษาภาวะโลหิตสูง ป้องกันเกี่ยวกับโรคกระดูก
๓. ออกกำลังกายตามคำแนะนำ เลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคหัวใจและไตแห้งลง
๔. ป้องกันโรคหัวใจ
๕. พบแพทย์เป็นประจำ เพื่อทำการตรวจการทำงานของไต

โรคจิต เป็นภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ ความรู้สึกนึกคิด และการแสดงออกที่ไม่ตรงกับความจริง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๖:๑) แนวคิดสาเหตุการเกิดโรคทางจิตพบว่ามีปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างชีวภาพ(พันธุกรรม) จิตวิทยาและสังคมวิทยา(การเลี้ยงดู สภาพครอบครัว เศรษฐกิจ) ในระดับแตกต่างกัน(มาโนช หล่อตระกูลม ๒๕๕๘ :๒๓)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ทำให้ผู้ป่วยมีความคิด และการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตในสังคม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเมื่ออายุประมาณ ๑๔-๑๖ ปี หรือช่วงปลายวัยรุ่น โรคนี้พบได้ประมาณร้อยละ ๑ ของประชากร กลุ่มอาการที่เพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่

๑. อาการหลงเชื่อผิด เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น คิดว่าคนอื่นจะมาทำร้าย ระแวงว่าตนจะถูกวางยาพิษ คิดว่าตนส่งกระแสจิตได้ ระแวงว่าตนจะถูกวางยาพิษ คิดว่าตนส่งกระแสจิตได้
๒. ความคิดผิดปกติ ผู้ป่วยคิดแบบมีเหตุผลอย่างต่อเนื่องไม่ได้ ทำให้คุยกับคนอื่นไม่เข้าใจ ผู้ป่วยมักพูดไม่เป็นเรื่องราว พูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องพูดโดยไม่มีเหตุผล
๓. ประสาทหลอน โดยผู้ป่วยคิดว่ามีบางสิ่งเกิดขึ้น ทั้งๆที่ความจริงไม่มีสิ่งเหล่านั้นเกิดขึ้น เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยทั้งๆ ที่ไม่มีใครพูดด้วย เห็นภาพหลอน มองเห็นวิญญาณ
๔. มีพฤติกรรมผิดปกติ เกี่ยวข้องกับความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติ เช่น ทำร้ายคนอื่นทำแปลกๆ
๕. มีความคิดผิดปกติ เกี่ยวข้องกับความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติ เช่น ทำร้ายคนอื่นทำแปลกๆ ซ้ำๆหูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดด้วยทั้งๆ ที่ไม่มีใครพูดด้วย เห็นภาพหลอน มองเห็นวิญญาณ
๖. มีพฤติกรรมผิดปกติ เกี่ยวข้องกับความคิดและความเชื่อที่ผิดปกติ เช่น ทำร้ายคนอื่น อยู่ในท่าแปลกๆ ซ้ำๆหัวเราะ หรือ ร้องไห้สลับกันเป็นพักๆ

หลักทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

๑. เข้าใจผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่ได้ตั้งใจสร้างความรำคาญเดือดร้อนแก่ผู้ใด
๒. ช่วยเหลือด้วยความอดทน กระตุน แต่ไม่บังคับ เช่น กระตุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเอง ดูแลจัดการตัวเอง ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ โดยไม่ใช้การบังคับและหลีกเลี่ยงการตำหนิ ดุเตียนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น
๓. แนะนำผู้ป่วย/ญาติดูแลให้รับประทานยา/ฉีดยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)</p> <p>๓.๒.๒ แนวคิดในการทำงาน</p> <p>๑. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง</p> <p>๑.๑ พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือ ชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพที่ทำให้ตนเอง บุคคลในครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพภาวะการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ</p> <p>๑.๒ ความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง คือ โรคที่เป็นแล้วระยะเวลาของอาการนานติดต่อกันเป็นระยะนานตั้งแต่ ๓ เดือน มีการดำเนินโรคซ้ำและต้องรักษาติดต่อกันนาน หรือตลอดชีวิต ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต โรคหัวใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมะเร็ง การศึกษานี้โรคเรื้อรังจะกล่าวถึงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นหลัก ซึ่งต้องมีการวางแผนการดูแลและรักษาระยะยาว ดังนั้นต้องมีระบบประสานการดูแลระหว่างทีมสหวิชาชีพ หน่วยบริการต่างๆโดยมีเป้าหมาย คือ ควบคุมโรคได้ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ต้องมีทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน ได้รับสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (Lubkin & Larsen, ๒๐๑๓)</p> <p>๒. แนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง(Chronic Care Model : CCM) หมายถึง กรอบแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ๖ องค์ประกอบ มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน องค์กร ผู้ให้บริการและผู้ป่วย ซึ่งการศึกษานี้จะกล่าวถึง การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management support) ประกอบด้วยเรื่อง การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาล หรือ การตัดสินใจในเรื่องของการนำไปสู่เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง (ชดช้อย วัฒนะ Ph.D (Nursing)</p> <p>๓. แนวคิดระบบการพยาบาล กระบวนการพยาบาล</p> <p>ระบบการพยาบาล เพื่อการดูแลตนเองผู้ป่วยเรื้อรัง ตามแนวความคิดของโอเรม โดยยึดหลักผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้พิการเป็นผู้ดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้แนะนำ สอนปรับเปลี่ยน ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้สนับสนุน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเอง ๔ ขั้นตอนคือ</p> <p>๑. การประเมินสภาพผู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูล นำมาวินิจฉัยปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย/และครอบครัว</p> <p>๒. การวางแผน การนำปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย/และครอบครัว มาวางแผนเพื่อปฏิบัติร่วมกับผู้ป่วย/ครอบครัว และกำหนดระบบการพยาบาลตามความสามารถ</p> <p>๓. การปฏิบัติ มี ๕ วิธี คือ ๑. ทำให้ ๒. สอน ๓. แนะนำ ๔. สนับสนุนให้กำลังใจ ๕. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม</p> <p>๔. การประเมินผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ กระบวนการพยาบาล เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการ ดังนี้</p> <p>๔.๑ การประเมินสภาพ : รวบรวมข้อมูลวินิจฉัยความต้องการ/ความสามารถการดูแลตนเอง</p> <p>๔.๒ การวางแผนการพยาบาล : ตามรูปแบบการพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองของโอเรม ๓ รูปแบบได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด , ทดแทนบางส่วน ,ระบบสนับสนุน</p> <p>๔.๓ ปฏิบัติการพยาบาล : กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรมและการประเมินผล</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๒.๒ แนวคิดในการทำงาน (ต่อ)

๔. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต และความเป็นอยู่ (ฮิลล์และสมิท (Hill & Smith. ๑๙๘๕ : ๑๐ ; อ้างถึงใน ศรีัญญา ดวงเจริญ และคันสนีย์ อรุณศิริ ๒๕๕๐ :๑๒)

๕. แนวคิดการวินิจฉัยทางการแพทย์ ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ของผู้ป่วย ได้จากคำบอกเล่า อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบเห็น หรือจากการตรวจพบความผิดปกติต่างๆ

๖. แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานการพยาบาลที่กระทำต่อผู้ป่วยในสถานที่อื่นๆนอกเหนือโรงพยาบาล ซึ่งกระทำโดยพยาบาลที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ในรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนที่ผู้ป่วยคุ้นเคย

๗. แนวคิดการจัดการจัดการรายกรณี (Case management) หมายถึงกระบวนการทำงานที่อาศัยความร่วมมือในการประเมินบริการที่สอดคล้อง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลดูแลมีประสิทธิภาพ คุ่มทุน

๘. ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจบนพื้นฐานซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วมของกิบสัน(Gibson (๑๙๙๕) (อ้างถึงในลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์และสุภาภรณ์ วรอรุณม๒๕๖๑ :๒๔)

แนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุมต่อเนื่องไปถึงชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่ง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนจะต้องมีการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในชุมชนเพื่อนำไปสู่การพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม(๗)เป็นกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งนำ การสนับสนุนการจัดการสุขภาพตนเอง (Self-management support) ประกอบด้วยเรื่อง การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาล หรือ การตัดสินใจในเรื่องของการนำไปสู่เป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง

การศึกษารายกรณีทั้ง ๒ รายในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุงยากซับซ้อนในการรักษา จากการศึกษาแนวคิดจะเห็นได้ว่าถ้าต้องการให้ประชาชน หรือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน) สนใจในการดูแลสุขภาพ และการจัดการโรคของตนเอง เน้นการสร้างตระหนักรู้ การให้ความรู้ สอนแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนเครื่องมือในการดูแลตนเอง โดยมีครอบครัว อสม. และชุมชนเป็นตัวกระตุ้นให้กำลังใจ การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง พยาบาลประจำคลินิก/พยาบาลชุมชน ต้องมีความรู้ ทักษะในการดูแลรักษา ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ อันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาทั้ง ๒ รายนี้ เพราะหากไม่ได้รับการค้นหาปัญหาประเมินสภาพ และการแก้ไขที่เฉพาะเจาะจง ตรงประเด็น รวมทั้งการดูแลให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วแล้วการดำเนินโรคนั้นจะรุนแรงมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในภายหน้าต่อไป

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง ๔๑ ล้านคนทั่วโลกหรือคิดเป็น ร้อยละ ๗๑ ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะมีอัตราตายจากโรคหัวใจสูงกว่าคนปกติ ๒-๔ เท่า (เทพ ทิมะทองคำ,และคณะ, ๒๕๕๔)

สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ปี ๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก ๕๓๗ ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง ๖.๗ ล้านคนหรือเสียชีวิต ๑ รายในทุกๆ ๕ วินาที จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ๓แสนคนต่อปี ๑ ใน ๓ คน (ร้อยละ ๓๐.๖) ทราบว่าเบาหวานมาก่อน ปี ๒๕๖๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง ๕ ล้านคน(ร้อยละ ๙.๕) และมีเพียง ๑ ใน ๔ คน(ร้อยละ ๒๖.๓) ที่สามารถควบคุมโรคได้ ปี ๒๕๖๓ มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน อัตราตาย ๒๕.๑ ต่อแสนประชากร ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเฉลี่ยสูงถึง ๔๗,๕๙๖ ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆในกลุ่มโรคNCDs ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๔) สถิติที่ผ่านมาจังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้ป่วย ๑,๘๖๘,๗๖๔ คน ผู้ป่วยเบาหวานเบาหวานขึ้นทะเบียน ๓๖,๒๙๔ คน มีแนวโน้มอัตราป่วยด้วยเบาหวานสูงขึ้นทุกปี อำเภอตระการพืชผล มีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ จำนวน ๖,๒๔๓ , ๖,๕๙๖ และ ๖,๘๖๖ คน มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน ๕๗๐, ๖๑๐ และ ๕๐๙ คน ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (Pre-DM) ร้อยละ ๑.๙๕ ,๒.๘๓, ๓.๐๔ ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ ๓๐.๐๓ ,๓๔.๐๗ ,๓๖.๒๔ ตามลำดับ มีแนวโน้มควบคุมโรคได้ดีขึ้นแต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรังที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๔.๐๔, ๒.๓๓ และ ๒.๙๖ และ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ที่มีไตเรื้อรังระยะ๓ ร้อยละ ๔๗.๕๗, ๔๕.๒๔ และ ๔๖.๙๓ ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น (ระบบHDC จังหวัดอุบลราชธานี ,๒๕๖๕) จากสถิติที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยยังขาดความตระหนักรู้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวบุคลากรที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะพยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน และ พยาบาลชุมชนที่ให้การรักษาพยาบาล จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค สาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย แนวทางการรักษา การพยาบาล และช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย และญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ช่วยลดกรองภาวะแทรกซ้อน ความพิการ จัดการกับภาวะวิกฤติที่จะเกิดขึ้น และ จัดการโรคได้ ตลอดจนการเสียชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การประเมิน(Assessment) ๒) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ๓) การวางแผนการพยาบาล(Planning) ๔) การปฏิบัติการพยาบาล(Implementation) และ ๕) การประเมินผล(Evaluation) และจะต้องมีสรรณะ ทักษะการจัดการโรคแบบรายกรณี (Case management) ตั้งแต่การคัดกรองภาวะเสี่ยง เพื่อยืนยันเข้าสู่การวินิจฉัยโรค การเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว การตรวจประเมินภาวะ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

แทรกซ้อน การส่งต่อตามความจำเป็นเร่งด่วน และการส่งต่อข้อมูลเครือข่ายและชุมชน เพื่อการดูแลที่บ้าน และการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ญาติ ชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จะช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ระดับปกติได้และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพยาบาลชุมชน จึงทำการการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ มีภาวะมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังระยะ ๓b และโรคจิตเภทร่วม ขึ้น

กรณีศึกษารายที่ ๑ ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๕๒ ปี รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพ ทำนา สถานภาพ หม้าย อาศัยอยู่กับลูกสาว รายได้จากผู้สูงอายุ เบี้ยพิการทางจิต น้ำหนัก ๕๖กก. ส่วนสูง ๑๖๕ ซม. Vital sing T=๓๖.๘ ,RR ๑๘-๒๐ bpm ,BP ๑๒๐/๘๐-๑๓๐/๘๙ mmHg.,O๒ Sat ๙๙% อาการสำคัญ ผู้ป่วยมาตามนัดคลินิกเบาหวาน ๓ สัปดาห์ก่อนมา เหนื่อย อ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย ไม่นอน ผลตรวจเลือด ระดับFBS = ๕๐๒ mg/dl ,Cr=๑.๗ ,Glomerular filtration rate (GFR) ๔๓.๗๒ ml/min แพทย์วินิจฉัย : DM with Hyperglycemia HT with DLP with Schizophrenia with CKD stage ๓b รับไว้รักษาในโรงพยาบาล นอนพักรักษาตัวผู้ป่วยใน ๓ มีลูกสาวดูแลเฝ้าไข้ ช่วยเหลือตัวได้ทั้งหมด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดื่มกาแฟซอง ๑-๒ กระป๋อง/วัน ฉีดยาเบาหวานเองไม่ได้ ฉีดสารฉีดยาให้ สัมผัสฉีดยาบ้าง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงบ่อยๆ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง ๒๕๐-๓๕๐ mg/dl ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ๑๔ปี ไหม้นในเลือดสูงและโรคจิตเภท ๑๕ปี รักษาที่โรงพยาบาลตระการพิชผล รับประทานเนื่อง ปฏิเสธแพ้ยาแพ้อาหาร ปฏิเสธผ่าตัด วิทยุหมุดประจำเดือน การรักษา : Mixtard ๗๐/๓๐ ๒๔-๐-๒๐ sc.,ASA ๘๑mg ๑x๑ od pc.เช้า ,Enalapril ๕mg ๑x๑od pc เข้า ,Simvas ๒๐mg ๒x๑hs Modecate ing ๒๕mg/dl ๒๕mg q ๑mo.,CPZ ๕๐mg ๑x๑ hs ,Haloperidol ๕ mg ๑xhs รับไว้ในการรักษา ระหว่างวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

กรณีศึกษารายที่ ๒ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๕๒ ปี รูปร่างอ้วน ผิวดำแดง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพ ทำนา สถานภาพ คู่ อาศัยอยู่กับสามี ๒ คน ไม่มีบุตร น้ำหนัก ๗๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๔๕ เซนติเมตร อาการสำคัญ ผู้ป่วยมาตามนัดคลินิกเบาหวาน ๒วันก่อนมาปากคอดแห้ง เหนื่อย อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อย ๔-๕ ครั้ง/คืน Vital singT =๓๖.๕ c ,RR ๒๐-๒๔ bpm,BP ๑๒๐/๘๕-๑๓๕/๘๙ mmHg., O๒ Sat ๙๙ % ผลตรวจเลือด FBS = ๕๖๘mg/dl Cr=๑.๔๒ mg/dl ,Glomerular filtration rate (GFR) ๓๙.๙๗ Ketone blood = ๐.๔ แพทย์วินิจฉัย : DM with Hyperglycemia HT with DLP c Schizophrenia with CKD stage ๓b ไว้รักษาในโรงพยาบาล นอนพักรักษาตัวผู้ป่วยใน๓ ไม่มีญาติดูแลเฝ้าไข้(อยู่กับสามี ๒คน สามีไปทำงานโรงสี) ไม่มีบุตร ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง๑๖ปีโรคจิตเภท ๑๙ ปี รักษาที่โรงพยาบาลตระการพิชผลต่อเนื่อง ปฏิเสธแพ้ยาแพ้อาหาร ประวัติผ่าตัด Amputation Lt.foot ปี๖๐ การรักษา : Mixtard ๗๐/๓๐ ๑๖-๐-๘ sc. ,Amlodipine ๕mg ๒x๑od pc เข้า ,Simvas ๒๐mg ๑x๑hs,Haloperidol ๒mg ๑xhs ปฏิเสธขาดยา รับไว้ในการรักษา ระหว่างวันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)</p>
<p>สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)</p> <p>ผลการศึกษา พบว่าการวินิจฉัยรายที่ ๑ เป็น Diabetes mellitus type ๒ with Hypertension with Hyperlipidemia with Schizphrenia with Chronic Kidney Disease stage ๓b , รายที่ ๒ เป็น Diabetes mellitus type ๒ with Hypertension with Hype จากการศึกษา กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย วิเคราะห์กรณีศึกษา ดังนี้</p> <p>๑. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เหมือนกัน คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ๑.๒ เกิดภาวะแทรกซ้อน Chronic Kidney Disease stage ๓b ๓.๓ ไม่สุขสบาย ๓.๔ มีความวิตกกังวล ๓.๕ เสี่ยงต่อการได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา <p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือ รายที่ ๒ มีแผลที่เท้าข้างขวา เสี่ยงต่อการติดเชื้อ รายที่ ๑ มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ๔ ข้อ รายที่ ๒ มี ๖ ข้อ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันตามปัญหา</p> <p>๒. อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล การวิเคราะห์มีลักษณะคล้ายกันคือ มาตรวจตามนัด มีอาการระดับน้ำตาลในเลือดสูง โดยผู้ป่วยรายที่ ๑ และ ๒ มีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคจิตเภทร่วมด้วย ยังมีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อเกิดการภาวะแทรกซ้อน ,</p> <p>๓. การวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ไตเรื้อรังระยะที่๓b แต่ผู้ป่วยรายที่๒ มีแผลที่เท้าซ้าย ร่วมด้วย มีไข้ ร่วมด้วย การวินิจฉัยโรคความรุนแรงของโรคมมากกว่ารายที่ ๑</p> <p>๔. พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงแรกเริ่ม : ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายมีอาการคล้ายๆกัน คือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการเหนื่อย เพลีย ปากคอแห้ง ไม่บวม ไม่มีหอบเหนื่อย ปัสสาวะออกดี ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคเท่าๆกัน ,ผลการตรวจเลือด สัมพันธ์กับอาการ , การรักษา : แนวทางการรักษาผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย คือการดูแลให้ผู้ป่วยฉีดยาเบาหวานให้ถูกต้อง ตรงเวลา/สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ทานยาตามแผนการรักษาต่อเนื่อง</p> <p>๕. แนวทางการรักษาผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย คือ การดูแลให้ผู้ป่วยฉีดยาเบาหวานให้ถูกต้อง ตรงเวลา/สัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ของยา ทานยาตามแผนการรักษาต่อเนื่อง</p> <p>๖. ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพ :</p> <p>รายที่ ๑ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคจิตเภท ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดและยารับประทาน ,มีภาวะปกติ ค่า BMI ๒๒.๔๕ ,มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ระยะ๓b ,ไม่มีแผลที่เท้า ,ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ,ประเมิน CVD RISK : Low risk , มีพฤติกรรมดื่มกาแฟกระป๋องขนมหวาน ข้าวเหนียว กิจกรรมทางกายน้อย /ไม่มีการออกกำลังกาย ,</p> <p>รายที่ ๒ เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาด้วยยาฉีด และยารับประทานโรคจิตเภท ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน ,มีภาวะอ้วน ค่า BMI ๓๓.๓ ,มีภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรัง ระยะ๓b ,มีแผลที่เท้า ตัดนิ้วเท้าซ้าย,ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ,ประเมิน CVD RISK : Low risk , มีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลม, ผลไม้หวานขนมหวาน ข้าวเหนียว ,กิจกรรมทางกายน้อย /ไม่มีการออกกำลังกาย</p>

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p> <p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p> <p>๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)</p> <p>๔.๑ สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)</p> <p>การวิเคราะห์ : ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนที่เหมือนกันจำนวน ๔ ข้อ (ข้อ ๑,๓,๕,๖,๗, และ ๘) ข้อแตกต่างกันดังนี้ รายที่ ๒ โรคจิตเภท ได้รับการรักษาด้วยยาต้านประพทาน ,มีภาวะอ้วน ค่า BMI ๓๓.๓ มีผลที่เท้า ตัดนิ้วเท้าซ้าย ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่น้ำหนักเกิน ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี โดยวางแผนการพยาบาล การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ปฏิบัติการ พยาบาลตามหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ</p> <p>๗. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีปัญหาและความต้องการที่เหมือน คือ</p> <p>๗.๑ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง(อาหาร,ออกกำลังกาย)</p> <p>๗.๒ พฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมกับโรคทั้ง ๒ ราย ; รายที่ ๑ ทานข้าวเหนียว ต้มกาแฟกระป๋อง ขนม รายที่ ๒ ทานข้าวเหนียว ต้มน้ำอวดลม ขนม ผลไม้หวาน ,</p> <p>๗.๓ ความสามารถในการจัดการตนเอง : น้อย จากโรคร่วม : จิตเภท ทั้ง ๒ ราย ซึ่งมีภาวะพร่องด้านการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม , ดูแลจัดการโรคตัวได้น้อย และผู้ป่วยรายที่ ๑ สูงอายุ มีภาวะพึ่งพิง การวิเคราะห์ ; ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีปัญหาและความต้องการที่เหมือน</p> <p>๗.๔ ด้านเศรษฐกิจ,แหล่งประโยชน์/การสนับสนุน เหมือนกัน ๒ ราย : รายที่ ๑ มีฐานะยากจน อยู่กับลูกสาว (ทำงานนอกบ้าน) ,รายที่ ๒ มีฐานะยากจน อยู่กับสามี ไม่มีลูก อาชีพทำนา ,แหล่งสนับสนุน คือ ชุมชน(อปท) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วิเคราะห์ที่ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีปัญหาและความต้องการที่เหมือน จึงการวางแผนการพยาบาล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การสนับสนุนเครื่องมือในการจัดการตนเอง ๒. การประสาน อสม./ รพ.สต.เยี่ยมบ้าน ๓. แหล่งช่วยเหลือ ๑๖๖๙ กรณีฉุกเฉิน <p>๘. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : ผู้ศึกษา จัดการสอน ความรู้เรื่องอาหารแบบเข้มงวด การออกกำลังกายตามวัย,ความรู้เรื่องลดเค็ม/สมุนไพร ยาแก้ปวด และสร้างตระหนักรู้ในปรับพฤติกรรม ทั้ง ๒ ราย ประเมินผู้ป่วย/ญาติเข้าใจ</p> <p>๙. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>กรณีศึกษา รายที่ ๑ ปรับลดต้มกาแฟกระป๋อง ๒ กป./วัน เหลือ ๑ กป./วัน งดขนม ปรับลดข้าวเหนียว ,ลดการปรุงรสด้วยเกลือ/ผงชูรส ไม่มีสมุนไพร ,ยังออกกำลังกายน้อย บอกว่าเหนื่อย</p> <p>กรณีศึกษา รายที่ ๒ ปรับงดน้ำอวดลม งดขนม ยังทานผลไม้,ยังการปรุงรสด้วยเกลือ/ผงชูรส ไม่ใช่สมุนไพร ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยการเดินเร็วแต่ยังไม่ต่อเนื่อง จากมีผลที่เท้า</p> <p>๑๐. การสนับสนุนการด้านสุขภาพ ผู้กรณศึกษาทั้ง ๒ ราย ได้รับการจัดการดูแลเข้าสู่ Home ward เพื่อทำ SMBG ,ติดตามบริการTelemedicine และออกเยี่ยมบ้าน ร่วมกับ จนท.รพ.สต</p> <p>จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒รายนี้ และการติดตามเยี่ยมบ้าน และการประเมินภาวะสุขภาพโดยการเก็บข้อมูล การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้พยาบาลได้ทราบถึงปัญหาของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนจัดการปัญหาสุขภาพและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสนับสนุนเครื่องมือในการจัดการโรคด้วยตนเองตามแนวคิดChronic care modle และ case management ที่ตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ตามศักยภาพของตนเองและครอบครัว ได้รับการประเมิน และ</p>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือมาใช้ในการให้การพยาบาลตามทฤษฎีโอเรม และการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนจัดการปัญหาสุขภาพ เป็นรายบุคคลให้ผู้ป่วย และ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกำหนดแผนการดูแลการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง ได้ทำหน้าที่ประสานกับพยาบาลชุมชน ร่วมดูแลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล และการดูแลต่อเนื่อง เช่น ประสานเรื่องยา เรื่องนัด และ ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของแกนนำสุขภาพในชุมชน อสม. ผู้นำชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่าพยาบาลในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ พยาบาลชุมชน เป็นผู้มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเพื่อให้ ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่รุนแรง ขณะรักษาตัว ระยะก่อนจำหน่ายให้ครอบครัวทั้ง ๔ มิติและองค์รวม รวมระยะเวลานอนพักในโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องตามนัด รายที่ ๑ นอนพักรักษาตัวใน รพ. ๗ วัน ดูแลดูแลต่อเนื่องตามนัด ๖ เดือน รายที่ ๒ นอนพักรักษาตัวใน รพ. ๑๒ วัน ดูแลดูแลต่อเนื่องตามนัด ๖ เดือน ตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา ๒ รายพบปัญหาทางการพยาบาล คือ

๑. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
๒. ผู้ป่วยและญาติขาดความตระหนักรู้ในการจัดการโรคเรื้อรัง
๓. มีแผลที่เท้า ๒ ข้าง
๔. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไตเรื้อรังระยะที่ ๓b และโรคจิตเภทร่วม : กรณีศึกษา ๒ ราย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวน ค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง
๒. เลือกผู้ป่วย case แบบเจาะเจาะจง เพื่อทำการศึกษา จำนวน ๒ ราย
๓. รวบรวมข้อมูล ประวัติของกรณีศึกษา ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ทบทวนข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ
๔. ศึกษาและปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิด ประสานงานพยาบาลชุมชน วางแผนการดูแลที่บ้าน ออกเยี่ยมบ้าน
๕. ศึกษาการรักษาของแพทย์แลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๖. นำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมมาวิเคราะห์ และวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม การจัดการรายกรณีตามปัญหาที่พบ และตามแนวคิดที่ใช้ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ
๗. ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวทั้ง ๔ มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ
๘. สรุปการปฏิบัติงานการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาเป็นรูปแบบมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
๙. จัดทำคู่มือการพยาบาลแก่นักศึกษา/ผู้สนใจ จัดทำผลงานเผยแพร่ ในสื่อต่างๆ จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

วิธีการศึกษา

การศึกษา กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน ๒ ราย โดยมีโรคจิตเภทร่วม รายงานผลของการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน ๒ ราย ดำเนินการศึกษาในระหว่างช่วงวันที่ ๑๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ ผู้ศึกษาได้คัดเลือกผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเป็นกรณีศึกษาเกณฑ์การคัดเลือก คือเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง(ตั้งแต่ ๒๐๐mg/dlขึ้นไป) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ระดับปกติ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลตระการพิษผล ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีโรคจิตเภทร่วมกับโรคเบาหวานเป็นผู้มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารความหมายได้เข้าใจตรงกัน มีผู้ดูแลและอนุญาตให้ไปเยี่ยมบ้านตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและมารับการรักษาในโรงพยาบาลในวันนัด เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน(๖) และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และ ประเมินผลลัพธ์ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนร่วมกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ร่วมกับการจัดการรายกรณีตามปัญหาที่ค้นพบ โดยยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับการเยี่ยมบ้านและประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรม(๗) มี ๖ มโนทัศน์ ประกอบด้วยการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเองความพร้อมในการดูแลตนเอง ความสามารถทางการพยาบาลและปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สมุดประจำตัวผู้ป่วย แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แบบบันทึกการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า และแบบเยี่ยมผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน โดยผู้ป่วยทั้ง ๒ รายได้รับการเยี่ยมบ้านตามวิธีการและโปรแกรมการเยี่ยมบ้านที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น ซึ่งก่อนจำหน่ายจากหอผู้ป่วยใน ผู้ศึกษาได้เข้าเยี่ยมสรุปติดตามและประสานพยาบาลประจำศูนย์ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) เข้าสู่การรักษาที่บ้านหลังจำหน่าย เพื่อสอนทักษะการจัดการตนเองกับผู้ป่วย/ญาติรับเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เพื่อดูแลจัดการตนเองเมื่อมีภาวะกฤต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวางแผนร่วมกับผู้ป่วย/ญาติ และพยาบาลชุมชน ในการออกติดตามเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ ๑ หลังจากออกจาก Home ward ๗ วัน ติดตามบริการ Tele Health ๑ ครั้ง/สัปดาห์ และนัดติดตามอาการ ๑ เดือน

สรุปผลกรณีศึกษา

ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย รับรู้และเข้าใจในการเจ็บป่วยที่ยังคุมโรคได้ไม่ดี และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ,มีกำลังใจในการควบคุมมากขึ้น จากการติดตามอาการต่อเนื่องเพื่อสร้างพลังแรงใจ ,มั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น เกิดเรียนรู้ปรับพฤติกรรม ร่วมกับทำ SMBG ได้ มีความพึงพอใจ ระดับมากที่สุด

ผลลัพธ์การพยาบาล : ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไม่มี Revisit ER /Re-Aadmt / มาก่อนนัด ติดตามครบ ๑๐ เดือน ประเมินพบว่าผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมีแนวโน้มดีขึ้นทั้ง ๒ ราย และผู้ป่วยรายที่ ๑ ภาวะแทรกไตเรื้อรังดีขึ้น จากไตเรื้อรังระยะ ๓a การชะลอการเสื่อมของไตดีขึ้น เป็นไตเรื้อรังระยะ ๒ พยาบาลเน้นเสริมพลังผู้ป่วยและญาติดูแลตนเองต่อเนื่อง ดังนี้ ผู้ป่วยรายที่ ๑ ระดับน้ำตาลในเลือด FBS= ๑๖๔ mg/dl, HbA๑c=๙.๘% (เดิม>๑๔%) Creatinine =๑.๐๒ Egrf ๖๑.๒๒ stage ๒ ผู้ป่วยรายที่ ๒ FBS=๑๐๙mg/dl, HbA๑c=๗.๖๒% (เดิม>๑๒.๙%) Creatinine =๑.๑๕ Egrf ๕๕.๒๒ stage ๓a

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)				
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)				
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)				
เป้าหมายของงาน				
๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีโรคจิตเภทร่วม ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ได้รับความปลอดภัย				
๒. เกิดแนวทางปฏิบัติและนำแนวทางที่ได้รับไปพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรค				
ร่วมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และ พัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคเรื้อรัง ต่อไป				
๓. เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจภาวะสุขภาพเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการดูแลตนเองได้				
ถูกต้อง เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพ				
๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)				
๕.๑ ผลสำเร็จเชิงปริมาณ				
ผลการรวบรวมข้อมูลการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน				
ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖				
	กิจกรรม	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
	๑. ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน	๖๕๙๖	๖๘๖๖	๗๒๘๕
	๒. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	๒.๗๓	๒.๒๖	๑.๙๘
	๓. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคได้ HbA๑c < ๗ % ร้อยละ ๔๐	๓๔.๐๗	๓๖.๒๔	๓๔.๖๗
	๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการค้นหาคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ ๖๐%	๘๑.๑๒	๘๒.๑๒	๗๘.๘๙
	๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่	๒.๓๓	๒.๙๖	๒.๑๔
	๖. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการชะลอไตเสื่อมที่มีค่าeGFR ลดลง	๖๑.๐๒	๓๑.๑๒	๗๐.๑๒
	๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตเรื้อรังระยะ ๓	๔๕.๔๔	๔๖.๙๓	๔๔.๔๒
	๘. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแล Home ward	๐	๐	๘๐.๑๙
	๙. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการTelehealth	๐	๐	๙๕.๗๑
๕.๒ ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ				
ด้านการดูแลผู้ป่วย				
๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค เกิดการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ภาวะแทรกซ้อนไตเรื้อรังระยะ๓ ดีขึ้น (รายที่ ๑ ขึ้น เป็นระยะ ๒) ปลอดภัย				
๒. ผู้ป่วยและญาติมีแนวทางปฏิบัติ ดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น และการชะลอเสื่อมได้อย่างถูกต้อง				
๓. ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อโรคที่เจ็บป่วย ร่วมมือ และทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น				
ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ การพัฒนาด้านความรู้ ทักษะการได้ลงมือประเมินและจัดการพยาบาลด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความชำนาญและสามารถจัดการทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ				

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)
ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)
<p>๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ</p> <p> การนำไปใช้ประโยชน์</p> <p> ๑. ปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษา ทบทวนวิเคาะห์ข้อมูล และแนวทางที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ นำความรู้ไปใช้ในการฝึกอบรมทีมงานและแนะนำนโยบายใหม่ที่สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒</p> <p> ๒. ใช้เป็นตัวอย่างการศึกษา ค้นคว้าการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน มีโรคจิตเภทร่วมและมีภาวะแทรกซ้อนได้จริงได้</p> <p> ๓. ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒</p> <p> ๔. ลดค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยและหน่วยบริการ</p> <p> ๕. ให้เป็นแนวทางสอน แนะนำผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเองที่บ้าน</p> <p> ๖. ให้เป็นเอกสารประกอบการศึกษา ค้นคว้าสำหรับนักศึกษาพยาบาล และเจ้าหน้าที่ศึกษางานผลกระทบด้านผู้ป่วย</p> <p> ๑. เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค</p> <p> ๒. ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการคุมระดับน้ำตาลในเลือด ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น</p> <p>๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ</p> <p> ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีโรคจิตเภทร่วม และผู้สูงอายุ (รายที่ ๑) ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง มีภาวะพึ่งพิงที่มีความการรับรู้ อารมณ์ไม่เท่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีโรคจิตเภทร่วม และมีภาวะพร่องในการรับรู้และการดูแลตนเอง ความยุ่งยากอยู่ในการดูแล พยาบาลคลินิก พยาบาลชุมชน และทีมสหวิชาชีพ ต้องติดตามเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ ร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตกลงที่จะแก้ปัญหาาร่วมกัน ต้องใช้ความอดทน ความสม่ำเสมอและทักษะการสื่อสาร และการประสานงานที่ดี จึงทำให้งานสำเร็จ การพยาบาลด้วยการบูรณาการแบบองค์รวม ครอบคลุม ๔ มิติ มุ่งเน้นการจัดการตั้งแต่ปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง ระยะเวลาป่วย และระยะมีภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลในสถานบริการทุกระดับต้องจัดให้มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้กระบวนการพยาบาลและหลักทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม และแนวคิด Chronic care model ,case management ในการดูแล โดยให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ยุ่งยากและท้าทายความสามารถของพยาบาลที่สุด ซึ่งต้องใช้พลังความสามารถในการโน้มน้าว สร้างเสริมพลังอำนาจให้ทีมงานเกิดแรงจูงใจ และความร่วมมือในการดำเนินการ ตลอดจนใช้เทคนิควิธีการในการสื่อสารและประสานงานทีมสหวิชาชีพในการร่วมมือเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง จึงมีความยุ่งยากมากในการจัดการโรค ดังนี้</p> <p> ๑. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ (รายที่ ๑) และมีโรคจิตเภทร่วม เป็นโรคนานเกิน ๑๐ ปีขึ้นไป มีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และขาดแรงจูงใจในการควบคุมโรค</p> <p> ๒. วิถีชีวิตในชุมชน / รูปแบบความเคยชินในการบริโภคอาหาร ซึ่งยากที่จะปรับเปลี่ยนได้</p> <p> ๓. ผู้ป่วยยังขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการจัดการดูแลตนเอง ขาดความมั่นใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง</p> <p> ๔. ระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ยังไม่ได้ตามแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐาน</p>

<p>๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)</p>
<p>ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)(ต่อ)</p>
<p>๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ(ต่อ)</p> <p>๖. ผู้ป่วยมีความกังวลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องสร้างเสริมพลังอำนาจให้เกิดแรงจูงใจ และความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา</p> <p>๘. ข้อเสนอแนะ</p> <p>๑. การคัดกรองโรคเบื้องต้น มีความสำคัญยิ่งในการช่วยผู้ป่วยให้เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เร็วขึ้น ส่งผลให้การช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยควบคุมโรคได้</p> <p>๒. การเยี่ยมบ้าน และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พยาบาลวิชาชีพในชุมชน ควรมีทักษะในการสอนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ทักษะ การให้คำปรึกษา การประเมินผลทางการพยาบาล มีสมรรถนะในการจัดการโรค การสร้างแรงจูงใจในการควบคุมโรค</p> <p>๓. ควรส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสดงพฤติกรรม การดูแลตนเองได้ถูกต้อง</p> <p>๔. ควรเลือกสื่อในการให้ความรู้ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงเลือกเรื่องที่ผู้ป่วยเบาหวานให้ความสนใจ</p> <p>๕. ควรเน้นให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องต่อไป</p> <p>๖. การดูแลตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง(Chronic care model) เป็นตัวอย่างที่ดี ในการจัดการด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกได้</p> <p>๗. การนำแนวคิดการจัดการตนเองตามระยะของโรคและความเสี่ยง</p> <p>๗.๑ แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรักษาหรือการตัดสินใจรักษา เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย การเตรียมความพร้อมและการฝึกปฏิบัติที่เจาะจงให้</p> <p>๗.๒ แนวคิดการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ความเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อชีวิต เกิดความวิตกกังวล กลายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตได้ (Life crisis) ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวกับ</p> <p>๗.๓ ระดับของขอบเขตและเป้าหมายของการดูแลโรคเรื้อรัง ดังนี้</p> <p>๑.Clinic : เน้นการควบคุมทางคลินิก เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและความดันในเลือดปกติ</p> <p>๒.Tertiary prevention : เน้นการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น</p> <p>๓.Secondary prevention : เน้นการควบคุมภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความผิดปกติ</p> <p>๔.Primary prevention : เน้นการควบคุมปัจจัย-พฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรค</p> <p>๘. การทำงานเป็นทีม และการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพทั้งในทีมสุขภาพและองค์กรภาคประชาชนในชุมชน จะทำให้การจัดการปัญหาสุขภาพ/ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นำไปสู่สุขภาพที่ดี และจัดการโรคได้ และเกิดผลลัพธ์ที่ดี</p>
<p>๑๐. การเผยแพร่ผลงาน</p> <p>นำเสนอผลงาน Oral presentation ประชุมวิชาการ ๒๕๖๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีวันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</p>


๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นางวรรณวิภา จิตตรีเที่ยง สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางวรรณวิภา จิตตรีเที่ยง)

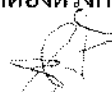
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

(ผู้ขอประเมิน)

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นางวรรณวิภา จิตตรีเที่ยง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวนุชกานต์ ใจตรง)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวจุไรรัตน์ ทูมนันท์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิรุณ

(วันที่) ๙ / มกราคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในชุมชน
๒. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นโรคที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนาน มีการดำเนินของโรคอย่างช้าๆ โดยแบ่งออกเป็น ๔ ประเภท คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (ความดันโลหิตสูง) โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ โรคมะเร็ง(WHO,๒๐๑๕) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศ ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตของประชากรถึง ๔๑ ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ ๗๑ ของการเสียชีวิตของประชากรทั้งหมดและการะโรคโดยรวม และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ๒ใน ๓ ของประชากรไทย ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพ ส่งผลต่อทั้งด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยหลายด้านตั้งแต่การจัดบริการคัดกรองไม่ทั่วถึง และประชาชนขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการและองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากวิถีชีวิต และภาวะเศรษฐกิจไม่เอื้อต่อการจัดหาอาหารเฉพาะโรค กิจกรรมทางกายไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ/ผู้ดูแล วัยทำงานมองว่าการออกกำลังกายคือการทำงาน การออกแรงในชีวิตประจำวัน ภาวะอ้วน ความเครียด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ สมาชิกในครอบครัวเข้าใจการเข้าใจการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไม่ถูกต้องและคิดว่ามีเจ้าหน้าที่ดูแลอยู่แล้ว แกมนำชุมชนคิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงไม่ค่อยมีบทบาทในการดูแลโดยชุมชน ส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี ดูแลประชากรชุมชนเขตเทศบาลตำบลขุขันธ์ ๘ชุมชน และตำบลคำเจริญ ๑หมู่บ้าน(ม่วงเดียด) จำนวน ๙,๐๑๖ คน การเจ็บป่วยส่วนมากป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะ ๓ปีที่ผ่านมาปี๒๕๖๔-๒๕๖๖ เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากกลุ่มเสี่ยง พบ ๓๒๔ ,๒๘๓ และ ๑๙๒ ราย ,ควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ ๒๕.๗ ,๓๐.๑ และ ๒๖.๙ ตามลำดับ ความดันโลหิตสูง พบ ๖๘ , ๕๓ และ ๑๒๑ ราย ,ควบคุมโรคได้ดี ร้อยละ ๘๐.๔ ,๘๒.๔ และ ๕๗.๘ ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC ,๒๕๖๖) ประชาชนมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนในการดูแล เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจโต พิกัดติดบ้านติดเตียง ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สารเสพติด ส่งผลให้เกิดความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแลต้องให้การดูแลโดยการวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทุกกลุ่มวัยและทุกระดับตั้งแต่บุคคล ครอบครัวชุมชน ต้องใช้ความรู้ ทักษะ สมรรถนะด้านการพยาบาลชุมชน มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคเรื้อรัง,สุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ,เครือข่ายสุขภาพ จึงได้กำหนดการพัฒนาารูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ในรูปแบบ NCDs New Care by ๓หมอ โดยสอดคล้องระบบบริการได้มาตรฐาน และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(Home ward) เชื่อมโยงการจัดการบริการสถานีสุขภาพ (Health Station) การทำ Health Station Check ในชุมชน บูรณาการกับ ๓หมอ เพื่อให้ประชาชนและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ เข้าถึงง่าย ไม่ยุ่งยาก ทำได้ด้วยตนเอง และก่อให้เกิดความตระหนักรู้(Health Literacy) และมีPersonal Health Record เชื่อมต่อข้อมูลสถานพยาบาล

เพื่อให้เกิดการทำงานบูรณาการในระดับหมู่บ้าน ต้องมีการจัดตั้งสถานีสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้สถานีสุขภาพ ส่งผลถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนและกลุ่มป่วย เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง เชื่อมโยง บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ ๓หมอ เริ่มจากประชาชน/ผู้ป่วย ประเมินสุขภาพตนเอง ร่วมกับหมอบุคคลที่ ๑ อสม. และ ส่งต่อข้อมูลสถานะสุขภาพให้

หมอคนที่๒ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ต่างๆนำข้อมูลสู่หมอคนที่๓ พยาบาลคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง /แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้คำแนะนำ การดูแลรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละคน ถูกต้อง รวดเร็ว จึงได้พัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในชุมชน ขึ้น

๓. บทวิเคราะห์ /แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นได้และแนวทางแก้ไข

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งในมิติ การป่วยและการเสียชีวิต การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหรือการมีพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับ สุขภาพ/โรคจากวิถีชีวิตและภาวะเศรษฐกิจไม่เอื้อต่อการจัดหาอาหารเฉพาะโรค การมีกิจกรรมทางกายไม่ เพียงพอ ขาดการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ/ผู้ดูแล วัยทำงานมองว่าการออกกำลังกายคือการทำงาน การออก แรงในชีวิตประจำวัน ภาวะอ้วน ความเครียด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และมลพิษทางอากาศ และปัจจัย หลายด้านอื่นๆตั้งแต่การจัดการบริการคัดกรองไม่ทั่วถึง และประชาชนขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการและองค์ ความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ๔ ปัจจัยคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน และนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง ๕กลุ่มโรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้ควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้

จากการรายงานสถิติสาธารณสุขพ.ศ.๒๕๖๒ ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๘ -๒๕๖๒) อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญต่อประชากรแสนคน มี แนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศไทย โดยพบสูงสุดในโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญต่อ ประชากรแสนคนในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบสูงสุดใน โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง ความชุกของภาวะ น้ำหนักเกิน และ อ้วน ภาวะอ้วนลงพุง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (กรม ควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ) จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลชุมชนที่ต้องวางแผนในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและติดตามเยี่ยมดูแล ซึ่งจากการดำเนินการที่ผ่านมา นำมาวิเคราะห์โดยใช้ SWOT Analysis ได้ ดังนี้

จุดแข็ง ๑. มีพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ความสามารถครบทุก รพ.สต.

๒. มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญครบในชุมชนตามเกณฑ์

๓. มีCare giver ,จิตอาสา ,อาสาสมัครบริหารในชุมชน

จุดอ่อน ๑. รูปแบบการดูแลจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นการให้การดูแลบุคคล และครอบครัวที่ เจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพ มากกว่าส่งเสริมบุคคลที่มีสุขภาพปกติ

๒. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นรูปแบบการบริการให้การดูแลมีปัญหา สุขภาพ มากกว่าส่งเสริมสุขภาพตนเอง

โอกาส เป้าหมายหลักของแผนปฏิบัติการฯ เพื่อลดอัตราการตายก่อนวัยอันควร(อายุ๓๐ -๗๐ปี) จากโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง ร้อยละ ๒๕ ภายในปีพ.ศ. ๒๕๗๐

อุปสรรค ๑. ประชาชนและกลุ่มป่วยไม่ตระหนักรู้และขาดทักษะในการดูแลตนเอง

๒. การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง /ความเชื่อ

แนวคิดโดยใช้หลักการการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ โดยมีพยาบาลชุมชน เป็นทีมหลักให้บริการเชิงรุกในการดูแลสุขภาพ ผสมผสานกับทฤษฎีทางการพยาบาล จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ให้ความสำคัญการสอน แนะนำ ให้ความรู้ และให้กำลังใจ และการวิเคราะห์ SWOT Analysis ถ้าต้องการให้ประชาชนสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น ต้องใช้แนวคิด Chronic Care Model ภายใต้วงจรการพัฒนาคุณภาพบริการ CQI (Continuous Quality Improvement) ของอาร์โนลด์และคณะ(Arnold et al, ๒๐๑๘) เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า Plan- Do-Study-Act cycles เป็นแนวคิดในการพัฒนากระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน-ปฏิบัติ-ศึกษาผลการปฏิบัติ-ยอมรับที่จะปฏิบัติตามและนำไปปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ เพิ่มคุณภาพควบคุมโรคได้ดีขึ้นตามเป้าหมาย และสนับสนุนการจัดบริการ คัดกรอง ส่วนสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพดังกล่าว คือ การพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาจากโรค และสนับสนุนให้เครือข่ายสุขภาพและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕) เป้าหมายหลักของแผนปฏิบัติการฯ เพื่อลดอัตราการตายก่อนวัยอันควร (อายุ ๓๐ -๗๐ปี) จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงร้อยละ ๒๕ ภายในมีพ.ศ. ๒๕๗๐ ดังนี้

๑ Planning คือ การวางแผนนำข้อมูลสภาพปัญหา จากการศึกษาบริบท โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ในงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มและสนทนากลุ่ม เพื่อระดมความคิด เรียนรู้ ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุร่วมกันกำหนดกิจกรรม แก้ไขปัญหา จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน กำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ กำหนดระยะเวลาในการดำเนินงาน และร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการนำเสนอข้อมูล ปัญหา รวมทั้งรูปแบบบริการต่อผู้บริหาร เพื่อนำเข้าในแผนงบประมาณจัดซื้ออุปกรณ์ที่จะติดตั้งระบบ Health Station Check ในชุมชน

๒. Do คือ การปฏิบัติตามแผนหรือระบบและขั้นตอนการจัดการระบบสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพที่กำหนดไว้ในขั้น Plan และมีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระหว่างการปฏิบัติ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงานขั้นต่อไป

๓. Study คือ การทบทวนผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องว่ามี การปฏิบัติงานเป็นไปตามระบบการพัฒนา รูปแบบจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ระยะการดำเนินงานในชุมชน เครือข่ายบริการสุขภาพที่กำหนด กำหนดหรือไม่จากผู้มีส่วนได้เสีย และศึกษาผลกระทบต่างๆรวมทั้งประเมินการวัดในขั้น Plan

๓. Act คือ การนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานในขั้น Study ที่พบว่ามีปัญหา หรือ อุปสรรค มาปรับปรุงแก้ไขขั้นตอน แนวปฏิบัติต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น หรือปฏิบัติตามระบบแล้ว ประชาชนและผู้ป่วยได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน และการจัดตั้งสถานีสภาพ ได้ตามเกณฑ์ประเมินสมรรถนะ อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อจัดตั้งสถานีสภาพ(Health Station) การทำHealth Station Check ประจำหมู่บ้าน/ชุมชน
๒. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการมาใช้สถานีสภาพ(Health Station) สร้างการรับรู้สภาวะสุขภาพของประชาชน/ผู้ป่วยและปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
๓. เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนด้านการตรวจสุขภาพและการจัดการโรคเรื้อรังเชิงรุก
๔. เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่, อสม.ด้านการจัดการสภาวะสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เป้าหมาย

๑. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยในพื้นที่เขตรับผิดชอบ
๒. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เครือข่ายบริการสุขภาพ
๓. อสม.ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. นำเสนอเพื่อขออนุมัติการจัดทำเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ให้ผู้บังคับบัญชาทราบ
 ๒. จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการจัดทำกรพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
 ๓. ประชุมวางแผนการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน มีข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน(กลุ่มเสี่ยง) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์ และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
 ๔. จัดทำแบบประเมินสุขภาพ รูปแบบสถานีสภาพ และแนวทางการดูแลผู้ป่วย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องตามเกณฑ์ประเมินและมาตรฐานการดูแลโรคเรื้อรัง
 ๕. เสนอผู้บริหาร หัวหน้าหน่วยงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้แบบประเมินสุขภาพ รูปแบบสถานีสภาพ และแนวทางการดูแลโรคเรื้อรัง ทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลและปัญหา เพื่อวิเคราะห์ วางแผนพัฒนาต่อไป
 ๖. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน และนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการดำเนินงานต่อไป
- ### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
๑. ประชาชนเข้าถึงการตรวจคัดกรองสุขภาพและประเมินผลภาวะสุขภาพด้วยตนเองได้
 ๒. กลุ่มเสี่ยงสุขภาพ ได้รับการจัดแบ่งกลุ่มและรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดเสี่ยง ลดป่วย สุขภาพดี กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการค้นหาปัจจัย-พฤติกรรมเสี่ยง และปัญหาที่ควบคุมโรคไม่ได้ ได้รับคัดกรองภาวะแทรกซ้อนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งต่อ เข้าถึงบริการจำเป็น เร่งด่วนได้รวดเร็ว ถูกต้อง
 ๓. ทีมสุขภาพชุมชนและสหวิชาชีพมีความรู้ ทักษะในการจัดการภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรังได้ถูกต้อง
 ๔. ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการควบคุม ป้องกันและเฝ้าระวังโรคต่างๆ
- ### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
๑. กลุ่มเสี่ยง ลดป่วยรายใหม่ มีสุขภาพดี
 ๒. กลุ่มป่วยจัดการโรคตนเองได้ ควบคุมโรคได้ สูโรคสงบ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต
 ๓. มีสถานีสภาพต้นแบบในหมู่บ้าน หรือ ชุมชน
 ๔. ประชาชนมีความพึงพอใจต่อระบบการการพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

(ลงชื่อ)

(นางวรรณวิภา จิตตรีเที่ยง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) / /

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่แต่งตั้ง)

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดและมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

๒. ระยะเวลาการดำเนินการ ๙ มกราคม – ๑๙ กันยายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ มีความรู้ความชำนาญด้านการวางแผนตามกระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยใช้ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในด้านการคิดวิเคราะห์ ทบทวนวางแผนปัญหารายบุคคล โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์ทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพเพิ่มคุณภาพชีวิตและมีความก้าวหน้าทันสมัยโดยการนำเทคโนโลยีด้านสารสนเทศมาใช้

๓.๒ มีความรู้ ความชำนาญการปฏิบัติงานในฐานะผู้มีประสบการณ์สูงรักษาพยาบาลชุมชน ในงานการพยาบาลที่บ้านและชุมชน ในการดูแลให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยวัณโรค บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ หัวหน้างานคลินิกวัณโรคและหัวหน้างานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙-ปัจจุบัน จากประสบการณ์ในการให้การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรควัณโรคปอดและโรคมะเร็งปอด มีความมุ่งมั่นขยันขันแข็ง ต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และการประสานงานกับเครือข่าย

๓.๓ มีความรู้ทางวิชาการ ในการดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขแนวคิดเพื่อนำไปปรับปรุงงานและพัฒนางาน มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ทางวิชาการ คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลวัณโรคปอด ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้านการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จึงสนใจที่จะนำความรู้มาปรับปรุง แก้ไข เทคนิค หรือวิธีการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาลของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ดังนี้

๑. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลวัณโรคปอด

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB)

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ ๘๐) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมน้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น

การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

วัณโรคเป็นโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พูดดังๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง ทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) ฝักรกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก ๑ - ๕ ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้สูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไป อนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยวัณโรคปอดและนอกปอด

ระยะเริ่มแรกของโรคไม่มีอาการ หรือมี อาการเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกของโรค อย่างไรก็ตาม ควรให้คำแนะนำสำหรับประชาชน ทั่วไปว่าถ้ามีอาการไอเกิน ๒ สัปดาห์ ควรไปตรวจหาวัณโรค สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ควรไปตรวจเร็วขึ้นเมื่อ มีอาการไอผิดปกติ ส่วนอาการและอาการแสดงอื่นๆ ที่อาจจะพบร่วมด้วย ได้แก่ ไข้ เหงื่อออกกลางคืน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก ส่วนอาการของวัณโรคนอกปอดขึ้นกับว่าเป็นที่อวัยวะใด

การวินิจฉัยวัณโรค ทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจหาเชื้อวัณโรคหรือส่วนประกอบของเชื้อวัณโรคจากสิ่งส่งตรวจ ไม่ว่าจะสิ่งส่งตรวจนั้นจะเป็นสารคัดหลั่งจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น เสมหะ น้ำล้างจากกระเพาะ หนอง น้ำไขสันหลัง ปัสสาวะ อุจจาระ หรือตัวอย่างที่ได้มาจากอวัยวะที่สงสัยว่าเป็นวัณโรค เช่น ชิ้นเนื้อจากต่อมน้ำเหลือง หรือตรวจการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ เช่น เลือด น้ำเหลือง การตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกจากจะช่วยยืนยันในการตรวจวินิจฉัยวัณโรคแล้ว ยังใช้ในการติดตามการรักษา การตรวจความมีชีวิตของเชื้อ ตรวจสอบรูปแบบการดื้อยาของเชื้อวัณโรคและตรวจการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง

วิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น ๖ ประเภทดังนี้

- (๑) การตรวจหาเชื้อ acid-fast bacilli (AFB) ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (microscopic examination)
- (๒) การเพาะเลี้ยงเชื้อและพิสูจน์ยืนยันชนิด (mycobacterial culture and identification)
- (๓) การทดสอบความไวต่อยา (drug susceptibility testing)
- (๔) การทดสอบทางอณูชีววิทยา (molecular biology testing)
- (๕) การทดสอบแอนติเจนของเชื้อวัณโรค (TB antigen testing)
- (๖) การทดสอบการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อวัณโรค (immune reactivity testing)

การถ่ายภาพรังสีที่ทรวงอก (chest X-ray)

สามารถใช้เป็นการคัดกรองเบื้องต้นหรือใช้ร่วมกับการคัดกรองด้วยอาการ ก่อนส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นสูงเพื่อยืนยันการตรวจพบเชื้อวัณโรค

การรักษาวัณโรค

๑) ผู้ป่วยใหม่ (new; N) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP มาก่อน (ไม่ว่าจะเป็นในปอดหรือนอกปอด, เสมหะบวกหรือลบ)

๒) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (relapse; R) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินผลว่า รักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็นในปอดหรือนอกปอด, เสมหะบวกหรือลบ)

๓) ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (treatment after failure; TAF) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษา และมีผลการรักษาครั้งล่าสุดว่าล้มเหลวจากการรักษา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔) ผู้ป่วยรักษาซ้ำภายหลังจากการรักษา (treatment after loss to follow-up; TALF)

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาและขาดการรักษาตั้งแต่ ๒ เดือนติดต่อกันขึ้นไป และกลับมารักษาซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็นในปอดหรือนอกปอด, เสมหะบวกหรือลบ)

แนวทางการรักษาวัณโรคปัจจุบันคือการใช้ยา

สูตรยารักษาวัณโรค

๑) สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ที่เชื้อไวต่อยา (new patient regimen with drug susceptible) ที่ยังไม่เคยรักษา หรือเคยรักษาไม่เกิน ๑ เดือน และไม่พบผลเชื้อวัณโรคต่อยา ด้วยสูตรยาที่ใช้สำหรับรักษาวัณโรคแนวที่ ๑ (First-line drugs หมายถึง ยาที่ใช้สำหรับรักษาวัณโรคแนวที่ ๑ ได้แก่ isoniazid, rifampicin, pyrazinamide และ ethambutol)

๑.๑) การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด (ไม่ว่าจะเป็นเสมหะบวกหรือลบ) สูตรยาที่ใช้สำหรับรักษาวัณโรคแนวที่ ๑ ด้วยสูตร ๒HRZE / ๔HR

๒) ผู้ป่วยบางรายที่ตอบสนองการรักษาไม่ดี ได้แก่

๒.๑) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีแผลโพรงขนาดใหญ่ หรือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจเสมหะ AFB smear และผลเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรคในเดือนที่ ๒ หรือ ๓ เป็นบวก และ

๒.๒) ผลทดสอบความไวไม่พบเชื้อต่อยา สามารถยุติการรักษาในระยะต่อเนื่อง (continuation phase) จาก ๔ เดือนเป็น ๗ เดือน

๓) วัณโรคในกรณีพิเศษต่างๆ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในกรณีพิเศษต่างๆ มีดังนี้

๓.๑) วัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์

- เริ่มยาด้านเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายเมื่อผู้ป่วยพร้อมและสามารถทนต่อยาด้านวัณโรค
- ระยะเวลาเริ่มยาด้านเอชไอวีที่เหมาะสมพิจารณาลักษณะของวัณโรค โดยไม่ต้องคำนึงถึง CD4

๓.๒) วัณโรคในผู้ป่วยโรคไต

ขนาดยาวัณโรคแนวที่หนึ่งและยาทางเลือกที่แนะนำในผู้ป่วยที่มีค่า creatinine clearance < ๓๐ มิลลิลิตรต่อนาที หรือได้รับการล้างไต (hemodialysis)

- isoniazid, rifampicin ไม่ต้องปรับ

- pyrazinamide ปรับ ๒๐-๓๐ มิลลิกรัมต่อวัน ๓ วันต่อสัปดาห์ และ ethambutol ปรับ ๑๕-๒๐ มิลลิกรัมต่อวัน ๓ วันต่อสัปดาห์

๔) วัณโรคในผู้ป่วยโรคตับ

ผู้ที่มีอาการแสดงของโรคตับเรื้อรัง และระดับ ALT ในเลือด > ๓ เท่าของค่าปกติ ควรเลือกสูตรยาที่มีผลต่อการทำงานของตับน้อยลง มีหลักการพิจารณาตามลำดับดังนี้ (ทั้งนี้ขึ้นกับระดับความรุนแรงของโรคตับของผู้ป่วย)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔.๑) สูตรยาที่มียาที่มีผลต่อการทำงานของตับ ๒ ชนิด ๒HRE/๗HR หรือ ๖-๙ RZE

๔.๒) สูตรยาที่มียาที่มีผลต่อการทำงานของตับ ๑ ชนิด ๒ AmHE/๑๖ HEหรือ๑๒-๑๘HE+ Lfx

นัดติดตามอาการทางคลินิกทุก ๑ สัปดาห์ในช่วง ๒ - ๓ สัปดาห์แรกของการรักษา และทุก ๒ สัปดาห์ในช่วง ๒ เดือนแรกของการรักษาวัณโรค ในระหว่างนั้นถ้ามีอาการทางคลินิกสงสัยตับอักเสบต้องได้รับการตรวจเลือดเพื่อติดตามการทำงานของตับทันที

๕)การประเมินผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ไวต่อยา แบ่งเป็น ๒ ช่วง คือ

๕.๑) ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดระยะเข้มข้น ใช้ในกรณีผู้ป่วยเสมหะบวก (B+) ก่อนเริ่มรักษา ถ้าใช้สูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ หมายถึง ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ ๒ จำแนกได้ ดังนี้

(๑) ผลเสมหะเปลี่ยนเป็นลบ (sputum convert) เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น

(๒) ผลเสมหะยังเป็นบวก (sputum not convert) เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น

(๓) ไม่มีผลตรวจเสมหะ (sputum not examined) เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น

(๔) ตาย (died) ผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุใดก็ได้ ก่อนเริ่มรักษาหรือในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น

(๕) ขาดยา (lost to follow-up) ผู้ป่วยที่ไม่ได้เริ่มการรักษาหลังวินิจฉัยหรือผู้ป่วยที่ขาดยาติดต่อกันนานเกิน ๒ เดือนด้วยสาเหตุใดก็ตามในช่วงการรักษาระยะเข้มข้น

(๖) โอนออก (transferred out) ผู้ป่วยที่โอนไปรักษาที่อื่นโดยไม่ทราบผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น

๕.๒) ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา (final outcome) จำแนกได้ ดังนี้

(๑) รักษาหาย (cured) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจ AFB เป็นบวก (B+) ก่อนเริ่มรักษาและรักษาครบกำหนด โดยพบผลตรวจ AFB smear (หรือ culture) เป็นลบ ในเดือนสุดท้าย

(๒) รักษาครบ (treatment completed) หมายถึง ผู้ป่วยรักษาครบกำหนด โดยไม่มีหลักฐานว่าล้มเหลว ผู้ป่วยมีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย ๑ ครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา แต่ไม่มีผลเสมหะในเดือนสุดท้าย

(๓) รักษาล้มเหลว (treatment failed) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสิ่งส่งตรวจผลเป็นบวก (smear or culture positive) เมื่อสิ้นสุดเดือนที่ ๕ หรือหลังจากนั้น

(๔) ตาย (died) หมายถึง ตายด้วยสาเหตุใดๆ ก่อนเริ่มการรักษา หรือระหว่างการรักษา

(๕) ขาดยา (lost to follow-up) หมายถึง ผู้ป่วยขาดยาตั้งแต่ ๒ เดือนติดต่อกันขึ้นไป

(๖) โอนออก (transfer out) หมายถึง ผู้ป่วยที่โอนออกไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น และไม่ทราบผลการรักษา (ให้เปลี่ยนผลการรักษา เมื่อทราบผลการรักษาสุดท้ายแล้ว)

(๗) ประเมินผลไม่ได้ (not evaluated) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสรุปผลการรักษาครั้งสุดท้ายในรอบการประเมินนั้นๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษา เป็นต้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๒. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย

พยาธิสภาพของโรคมะเร็งปอด

สาเหตุของมะเร็งปอด เกิดจากการแบ่งตัวแบบผิดปกติของเซลล์ภายในปอดอย่างไม่สามารถควบคุมได้ เซลล์ที่เสียหายเกิดจากการกลายพันธุ์ (Mutation) พัฒนาเป็นมวลหรือก้อนเนื้อร้ายที่ไปขัดขวางกระบวนการทำงานของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยทั่วไปแล้วมะเร็งปอดจะเริ่มเกิดขึ้นเป็นจุดเล็ก ๆ ที่ปอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณถุงลมขนาดเล็กภายในปอด แล้วจึงลุกลามแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ โดยรอบ มะเร็งปอดมีกี่ประเภท

มะเร็งปอดสามารถจำแนกออกได้เป็น ๒ ประเภทตามชนิดขนาดของเซลล์มะเร็ง

๑. มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์เล็ก (Small cell lung cancer)

มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์เล็ก เป็นมะเร็งปอดชนิดที่สามารถเติบโตได้อย่างรุนแรงและรวดเร็วกว่า มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์ไม่เล็ก มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์เล็กมักพบได้ในผู้ป่วยที่มีประวัติการสูบบุหรี่อย่างหนักและต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน หรือเป็นผู้ที่สูดดมควันบุหรี่มือสอง เขม่าควัน ฝุ่นละออง PM๒.๕

๒. มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์ไม่เล็ก (Non-small cell lung cancer)

มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์ไม่เล็ก เป็นมะเร็งปอดชนิดที่พบบ่อยที่สุด (กว่า ๘๕-๙๐% ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง) โดยทั่วไป มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์ไม่เล็กเป็นมะเร็งที่เติบโตและแพร่กระจายได้ช้ากว่า

๓. มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์เล็ก สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยกรรมวิธีการรักษาทางการแพทย์ หากได้รับการวินิจฉัยตรวจพบและรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม

มะเร็งปอดมีกี่ระยะ

ระยะของมะเร็งปอดอาจแตกต่างกันไปตามชนิดของมะเร็ง หลักเกณฑ์ในการประเมินระยะของมะเร็งปอดขึ้นอยู่กับขนาด ตำแหน่ง การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งและความผิดปกติในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยระยะการลุกลามของเซลล์มะเร็ง เพื่อที่แพทย์จะได้วางแผนการรักษาที่เหมาะสมและตรงจุดให้กับผู้ป่วยได้มากที่สุด

มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์เล็ก มี ๒ ระยะ

(๑)ระยะจำกัด (Limited stage) พบเซลล์มะเร็งที่ปอดและต่อมน้ำเหลืองข้างเดียวกัน ๑ ข้าง

(๒)ระยะลุกลาม (Extensive stage) เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปทั่วปอดและออกนอกบริเวณช่องทรวงอกข้างนั้น ไปสู่ช่องทรวงอกปอด และหรือกระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ เช่น สมอง

มะเร็งปอดชนิดขนาดเซลล์ไม่เล็ก มี ๔ ระยะ

-ระยะที่ ๑ มะเร็งเริ่มมีการก่อตัวที่ปอดส่วนบนหรือบริเวณหลอดลม ในระยะนี้เซลล์มะเร็งจะยังไม่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของปอดหรือลุกลามออกนอกปอด ในระยะนี้ ผู้ป่วยจะไม่แสดงออกซึ่งอาการใด ๆ ของโรคมะเร็ง

-ระยะที่ ๒ มะเร็งเริ่มแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองภายในปอด มะเร็งอาจจับตัวเป็นก้อนที่กลีบปอด ๑ ก้อนหรือมากกว่า ผู้ป่วยมะเร็งปอดในระยะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการผ่าตัดเอาเนื้อร้ายออก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

-ระยะที่ ๓ มะเร็งขยายตัวและมีขนาดใหญ่กว่าในระยะที่ ๒ ในระยะนี้มะเร็งได้ลุกลามไปยังกลีบปอดอื่น มะเร็งอย่างน้อยหนึ่งก้อนก่อตัวขึ้นที่บริเวณกลีบปอดข้างเดียวกัน บริเวณต่อมน้ำเหลือง และเนื้อเยื่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ที่อยู่ระหว่างปอดทั้งสองด้าน

-ระยะที่ ๔ มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ปอดอีกข้าง ของเหลวที่ไหลเวียนหล่อเลี้ยงหัวใจ หรือต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณคอ ตับ กระดูก ต่อมนมวกไต และสมอง

มะเร็งปอดมีอาการอย่างไร

มะเร็งปอดในระยะแรกเริ่มจะไม่แสดงออกซึ่งอาการใด ๆ อาการบางอย่าง เช่น ไอ เหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า อาจเกิดขึ้นได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจำนวนมากจึงชะลอการตรวจคัดกรองเบื้องต้น จนกระทั่งมะเร็งได้พัฒนาเข้าสู่ระยะลุกลาม

สัญญาณและอาการของโรคมะเร็งปอด ได้แก่

- ไอเรื้อรัง เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง ยาวนาน
- ไอเป็นเลือด
- หายใจหอบถี่
- เสียงแหบ
- หายใจเสียงหวีด
- ปวดศีรษะ
- เหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้า
- มีอาการเจ็บที่บริเวณหน้าอก หรือเจ็บบริเวณหน้าอกส่วนบน
- รู้สึกเบื่ออาหาร
- น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ
- ปวดบริเวณไหล่
- ปวดกระดูก
- มีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า ลำคอ และแขน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด สามารถจำแนกเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูบบุหรี่ และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม การตระหนัก ตื่นตัวต่อปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การสูบบุหรี่

บุหรี่เป็นปัจจัยหลักที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดมากที่สุด ผู้เชี่ยวชาญคาดการณ์ว่ากว่า ๘๐% ของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดังนั้น ผู้สูบบุหรี่จึงมีแนวโน้มที่จะตรวจพบมะเร็งปอดหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ แม้แต่การสูบบุหรี่เพียงไม่กี่มวนต่อวัน หรือสูบเป็นบางโอกาสก็ยังสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดได้ การสูบบุหรี่สามารถทำให้เกิดมะเร็งในทุกส่วนของร่างกาย การเลิกสูบบุหรี่จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดได้

ควันบุหรี่มือสอง

ควันบุหรี่มือสอง ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งปอด ควันบุหรี่มือสองคือควันบุหรี่ที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้หายใจ สูดดมเอาควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่เข้าไป การสูดดมควันบุหรี่มือสองแม้เพียงช่วงเวลาสั้น ๆ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงตามมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องอยู่รายล้อมผู้สูบบุหรี่ เช่น เด็กเล็ก ทารก และผู้ที่ใกล้ชิดหรือบุคคลในครอบครัวของผู้สูบบุหรี่ ควันบุหรี่มือสองจะเข้าไปรบกวนกระบวนการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสามารถนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และอื่น ๆ

มีประวัติเคยผ่านการฉายรังสีเพื่อรักษามะเร็งมาก่อน

บุคคลที่เคยมีประวัติการรักษาด้วยการฉายรังสี เช่น ที่บริเวณส่วนหน้าอก เต้านม หรือเคยฉายรังสีเพื่อรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ ฯลฯ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำได้อีกครั้ง การสัมผัสกับก๊าซเรดอน แร่ใยหิน และสารก่อมะเร็งอื่น ๆ ก๊าซเรดอน (Radon) แร่ใยหิน (Asbestos) และสารก่อมะเร็งอื่น ๆ เช่น ยูเรเนียม (Uranium) ไอเสียจากดีเซล หรือผลิตภัณฑ์จากถ่านหิน เป็นสารอันตรายที่สามารถฟุ้งกระจาย เป็นมลพิษในอากาศ การหายใจเอาสารพิษดังกล่าวเข้าไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดได้ ก๊าซเรดอน แร่ใยหิน และสารก่อมะเร็งอื่น ๆ มักติดอยู่ตามโครงสร้างอาคาร สถานที่ทำงาน หรือที่อยู่อาศัย อย่างไรก็ตาม สารเหล่านี้สามารถควบคุมได้โดยการเพิ่มระบบระบายอากาศภายในอาคารสถานที่เพื่อช่วยฟอกอากาศ

การตรวจวินิจฉัยมะเร็งปอด

-การตรวจสอบมะเร็งปอด: แนะนำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งปอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ยังสูบบุหรี่เป็นประจำหรือ ผู้ใหญ่ที่เคยสูบบุหรี่จัดมาหลายปีทำการสแกน CT ปัสสาวะ แพทย์อาจทำการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยได้หลากหลายวิธี

-การเอกซเรย์ปอด: การทำ computed tomography (CT) scan หรือ ซีทีสแกน จะทำให้เห็นตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ต้องการตรวจสอบอย่างแม่นยำ กว่าการทำเอกซเรย์ปอดแบบธรรมดา

-การตรวจเสมหะ: การตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ บางครั้งสามารถพบเซลล์ผิดปกติที่เป็นมะเร็งภายในปอดได้

-การตัดชิ้นเนื้อเพื่อวิเคราะห์ (Biopsy): การเจาะเข็มขนาดเล็กเข้าไปในปอดและเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อที่สงสัยเพื่อส่งตรวจ มักทำคู่กับ ซีทีสแกนเพื่อชี้ตำแหน่งของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ

-การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม (Bronchoscopy): สอดกล้องขนาดเล็กที่มีไฟส่องสว่างที่ปลายผ่านลำคอลงไปปอด เพื่อตรวจดูบริเวณของปอดที่อาจมีเนื้อเยื่อผิดปกติ

-การตรวจช่องกลางทรวงอกโดยการส่องกล้อง (Mediastinoscopy): ทำการผ่าตัดบริเวณส่วนบนของกระดูกอกและนำตัวอย่างเนื้อเยื่อหรือต่อมน้ำเหลืองออกมาตรวจอาจมีการเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อจากบริเวณอื่น ที่มีการแพร่กระจายของมะเร็ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

วิธีการรักษามะเร็งปอด

การรักษามะเร็งปอด จะได้ผลดีมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย ประเภทและระยะของโรค และความต้องการส่วนบุคคล

-การผ่าตัด (Surgery): เพื่อขจัดเนื้อก้อนมะเร็งภายในปอดออก นอกจากนี้อาจมีการนำต่อมน้ำเหลืองที่หน้าอกออกมาทำการวินิจฉัยเพิ่มเติม การผ่าตัดเป็นทางเลือกหลักสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ยังไม่มีการแพร่กระจายเพราะสามารถหายขาดได้ ในบางกรณี อาจใช้การฉายแสงหรือใช้เคมีบำบัดเพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งก่อนการผ่าตัด

-การบำบัดด้วยรังสี (radiotherapy): ใช้รังสีที่มีพลังงานสูงเพื่อลดขนาดเนื้องอกโดยการฆ่าทำลายเซลล์มะเร็ง วิธีนี้มักใช้ร่วมกับเคมีบำบัดในช่วงก่อนและหรือหลังการผ่าตัด การรักษาดังกล่าวอาจเป็นทางเลือกหลักในการรักษาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม

-การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy): ใช้ยาเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งผ่านการกินหรือฉีดเข้าเส้นเลือดนอกจากนี้เคมีบำบัดยังสามารถใช้บรรเทาอาการปวดที่เกิดจากมะเร็ง

-การรักษามะเร็งด้วยยาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy): การรักษาดังกล่าวแบบกำหนดเป้าหมายจะเน้นการทำให้เซลล์มะเร็งตายโดยการหยุดยั้งการเจริญเติบโตผิดปกติภายในเซลล์โดยไม่ส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติ โดยส่วนใหญ่จะตรวจชนิดการกลายพันธุ์ของยีนก่อน

-การรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy): อาศัยหลักการใช้ภูมิคุ้มกันเพื่อจัดการกับเซลล์มะเร็งในร่างกายผ่านการได้รับยาเพื่อรบกวนกระบวนการผลิตโปรตีนที่เซลล์มะเร็งใช้ในการป้องกันไม่ให้ระบบภูมิคุ้มกันโจมตีเซลล์มะเร็ง

-การรักษาแบบผสมผสานและการจัดการกับความเจ็บปวด (Palliative care and pain management): เป็นรูปแบบการดูแลประคับประคองให้ผู้ป่วย มีสุขภาพจิตที่แข็งแรงหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและรับเข้าการรักษา มีวิจัยเสนอว่าโดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมะเร็งสามารถมีอายุยืนกว่าถึง ๓ เดือนหากได้รับกำลังใจที่ดีจากคนรอบข้าง

๓. การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) WHO ได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและ บรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริหารดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง หรือการบริหารเพื่อ บรรเทาอาการ หรือ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้ม ที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ใน ระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และ จิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และ ผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ทั้งผู้ป่วย และครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย (bereavement Care) (European Association for Palliative Care, WHO)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๔. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการดูแล ตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่ รักษาไม่หายขาดจนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะ เสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแล ควบคุมไปกับการรักษาเฉพาะ สำหรับโรคนั้น ๆ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย, อาการปวด, อาการคลื่นไส้-อาเจียน อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น โดยที่การดูแลแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิต วิญญาณ มุ่งเน้นส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและ ครอบครัว รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ผาสุกทางจิตวิญญาณ พยาบาลมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย และครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ รวมทั้งการให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้แสดงความต้องการของ ตนเองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษา และ เป้าหมายของการดูแลรักษา เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและยอมรับความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ของทุกชีวิต รวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์หรือ วิธีการรักษาใด ๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมาน ของผู้ป่วย โดยไม่ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ยอมรับวิธีการ รักษาที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนิน โรคเองตามธรรมชาตินอกจากนี้ยังเป็นการให้การพยาบาลที่มี ความจำเพาะแต่ ละกรณีไม่มีสูตรสำเร็จ พยาบาลจึงต้องใช้ ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผน ปัจจุบันและ การแพทย์ทางเลือก อีกทั้งยังต้องพิจารณาคร่ำครึ ความเชื่อ บุมพลังและบริบทของผู้ป่วยและญาติด้วย เพื่อให้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายโดยอยู่บนพื้นฐานของการ รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการ ตอบสนอง ตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง

๕. แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่นำมาปรับใช้

แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๕๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดย ประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบ การสนับสนุนทางสังคม การบริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจ มีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือ ผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ๒ มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตามกลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์ มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมา พิจารณาตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบแผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผา ผลาญสารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณาจากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ใน เลือด โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบ แผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้อาเจียงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของ ผู้ป่วย ประกอบด้วย ๑๑ ด้าน ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๑) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสภาพ

๒) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำ และเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

๓) การถ่ายภาพ เกี่ยวข้องกับการถ่ายภาพอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อการถ่ายภาพ

๔) กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การ พัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด

๕) การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

๖) สถิติปัญหาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสถิติปัญหา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

๗) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง

๘) บทบาทและสัมพันธ์ภาพ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสาร และพัฒนาการด้านสังคม

๙) เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

๑๐) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการ ปรับตัวกับความเครียด

๑๑) คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑.สรุปสาระสำคัญ

หลักการและเหตุผล

มะเร็งปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากรายงานขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดคือ มะเร็งปอดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั่วโลกจะมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า ๑๑ ล้านราย ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ ของคนไทยต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา และจากข้อมูลปี ๒๕๖๑ ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรุนแรงมากขึ้น ซึ่งโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่พบในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งทวารหนักและลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งปอด เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย

จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็น ๑๕๑ , ๑๙๒ และ ๖๙๐ ราย คิดเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ ๕ , ๕ และ ๑๕ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และ ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ คิดเป็น ๓๒.๙๖ , ๒๑.๘๙ และ ๑๗.๖๗ (เป้าหมายอัตราของความสำเร็จ ร้อยละ ๔๐ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕) ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์

จากข้อความข้างต้น ผู้ศึกษาได้เห็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง ในการเข้าถึงระบบบริการการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย strong opioid ซึ่งยังต่ำกว่าอยู่ จึงสนใจที่จะนำความรู้มาปรับปรุง แก้ไข เทคนิค หรือวิธีการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาล ของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิมโรคปอดร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อนำไปใช้พัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน และการเข้าถึงบริการยาระงับปวด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยวิมโรคปอดและมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิมโรคปอดและมะเร็งปอดระยะท้ายแบบประคับประคอง ๒ ราย เลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยวิมโรคปอดและมะเร็งปอดระยะท้ายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงวันที่ ๙ มกราคม – ๑๙ กันยายน ๒๕๖๖ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต โดยวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวิมโรคปอดและมะเร็งปอด พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านและระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยนำทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาลของกอร์ดอน มาประยุกต์ในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย กรณีศึกษา การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคหัวใจและโรคระบบหัวใจ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และทฤษฎีการประเมินทางการแพทย์ของกอร์ดอน ทบทวนเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย

๒. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคระบบหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตระการพิพิธ จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วง ๙ มกราคม-๑๙ กันยายน ๒๕๖๖ จำนวน ๒ ราย

๓. รวบรวมข้อมูล ประเมินสุขภาพ ได้แก่ ทบทวนเอกสารเวชระเบียนของผู้ป่วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกต ประเมินสุขภาพ โดยนำทฤษฎีการประเมินทางการแพทย์ของกอร์ดอน มีการเปรียบเทียบข้อมูลและการวินิจฉัยทางการแพทย์ การประเมินสุขภาพ ประวัติ การตรวจร่างกาย และการรักษา ของกรณีศึกษาทั้ง ๒ ราย

๔. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ประเมินผล และสรุปกรณีศึกษา

นำเสนอรายละเอียดกรณีศึกษา ๒ ราย

กรณีศึกษาที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ ๗๓ ปี น้ำหนัก ๕๔ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๔ เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ อาชีพ ทำนา อาศัยอยู่กับภรรยา ๒ คน มีลูกทั้งหมด ๓ คน ลูกชาย ๒ คน แต่งงานไปอยู่กับครอบครัวหมู่บ้านเดียวกัน ลูกสาวคนเล็กไปทำงานที่กรุงเทพฯ ที่บริษัทแห่งหนึ่งส่งเงินให้ใช้ทุกเดือน ลักษณะที่อยู่เป็นบ้านปูนชั้นเดียว มีพื้นที่ปลูกผักและพื้นที่ว่าง มีรั้วรอบขอบชิด อยู่กลางหมู่บ้าน รอบๆบ้านเป็นบ้านญาติพี่น้อง

พฤติกรรมการสุขภาพ

ผู้ป่วยและภรรยาให้ข้อมูลว่า ตอนผู้ป่วยเป็นหนุ่ม ไปทำงานรับจ้างที่กรุงเทพฯ ถึงช่วงฤดูทำนาก็กลับมาช่วยทำนาที่บ้าน ชอบดื่มสุราและสูบบุหรี่ประมาณ ๑๐-๒๐ ม้วนต่อวัน ชอบกินอาหารสุกๆดิบๆ นิยดื้อร้อน ชอบเอาแต่ใจตัวเอง อายุมากขึ้นจึงกลับมาอยู่บ้าน ดื่มสุราลดลง แต่ยังสูบบุหรี่ประมาณ ๑๐-๒๐ ม้วนต่อวัน เลิกกินอาหารสุกๆดิบๆ ใส่ใจสุขภาพไปตรวจสุขภาพประจำปีตลอด เวลาป่วยไม่ไปซื้อยามกินเอง ไปตรวจที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เศรษฐกิจของครอบครัว

ผู้ป่วยและภรรยาให้ข้อมูลว่ามีเงินเก็บและมี รายได้จากให้คนเช่าที่ทำนา เลี้ยงวัวพันธุ์ไว้ขาย และลูกสาวส่งเงินมาให้ใช้ทุกเดือน ไม่เดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว : คนในครอบครัวมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีใครป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ

ประวัติการแพ้ : ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารใดๆ

ประวัติสิ่งเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุกชนิด

ประวัติการเจ็บในอดีต : ปฏิเสธโรคร้ายแรงใดๆ และปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

-๑ ปีก่อน ไอเรื้อรัง ไม่ได้ไปรับการรักษา

-๒ เดือนก่อน ไอเรื้อรัง ไข้ต่ำๆ ตอนบ่าย น้ำหนักลดลง เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจไม่สะดวก จึงมาโรงพยาบาลตระการพิษผล ตรวจพบ Pneumonia แพทย์จึงให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพื่อให้ยาปฏิชีวนะ ออกซิเจน และน้ำเกลือ หลังนอนโรงพยาบาลได้ ๓ วัน อาการแยลง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไข้สูง อุณหภูมิประมาณ ๓๘.๕-๓๙.๕ องศาเซลเซียส หายใจหอบเหนื่อย ๒๘-๓๐ ครั้ง/นาที ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๘mmHg ถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

-๑ เดือนก่อน รับส่งต่อกลับมารักษาตัวต่อที่ โรงพยาบาลตระการพิษผล ด้วยโรควัณโรคปอด จากการตรวจเสมหะ Gen X-pert : MTB detected ผล CXR : infiltration LT lung

-วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๕ เริ่มรักษาวัณโรค สูตรยาที่ ๑ ด้วยสูตร ๒HRZE / ๔HR มีนัดที่ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อีก ๑ เดือน หลังกินยาวัณโรคได้ ๒ เดือน เมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๕

CBC : HCT=๓๙% Hb=๑๒.๔ MCV=๘๕.๘

RDW=๑๖.๒ WBC=๙,๓๖๐ Plt.Smear=Increase Plt.Count=๖๒๗,๐๐๐ RBC=๔.๔๙ PMN=๗๑ Lymph=๑๔ Mono=๗ Eos=๗ Baso=๑

RBC Morphology=Target cell:Few

WBC Morphology=Normal

LFT : Total protine=๗ Albumin=๓.๔ Globulin=๓.๕ Total bilirubin=๐.๗๘

Direct bilirubin=๐.๒๔ Indirect bilirubin=๐.๕๕

SGOT=๒๖ SGPT=๑๖ Alkaline phosphase=๘๘

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

Creatinine : ๐.๗๕ eGFR CKD-EPI=๘๑.๖๔ Stage๑

Electrolyte : Na=๑๓๐.๘ K=๓.๓ Chloride=๙๓.๕ Cob=๓๒.๒ AnGap=๕.๔

สรุปการแปลผล CBC , LFT , Creatinine ผลปกติ

Electrolyte : Na , K ต่ำ

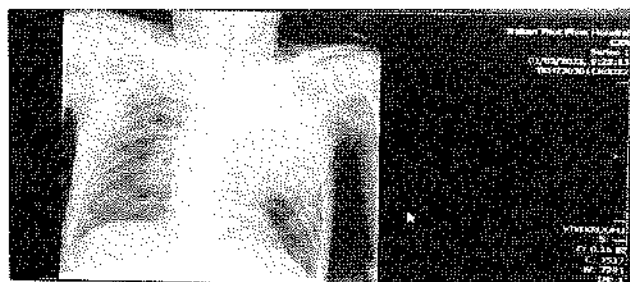
-หลังรักษาด้วยยาต้านโรคสุตรยาที่ ๑ สิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ๒ เดือน ผลตรวจ Sputum AFB =Negative CXR : infiltration LT lung เพิ่มขึ้น ขยายระยะเวลา การรักษาระยะเข้มข้นอีก ๑ เดือน ไปตามนัดที่ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ทำ computed tomography (CT) scan สงสัยโรคมะเร็งปอด นัดทำการส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม (Bronchoscopy)

-หลังรักษาด้วยยาต้านโรคสุตรยาที่ ๑ สิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น ๓ เดือน ผลตรวจ Sputum AFB =Negative CXR : infiltration LT lung เพิ่มขึ้น ลดยาต้านโรคลง รักษาต่อเนื่อง ๔ เดือน (สุตรยาที่ ๑ ด้วยสุตร ๓HRZE / ๔HR) ไปตามนัดที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ทำการส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม (Bronchoscopy) แต่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการตัดชิ้นเนื้อเพื่อวิเคราะห์ (Biopsy) และปฏิเสธการให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ส่งตัวกลับให้มารักษาแบบประคับประคองที่บ้าน

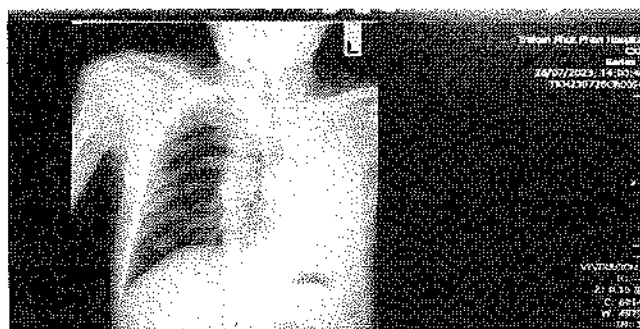
-รับส่งต่อกลับจาก โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอเสมหะปนเลือดบางครั้ง ไม่มีไข้ เหนื่อย หายใจหอบเหนื่อย ๒๘-๓๐ ครั้ง/นาที ชีพจร ๙๘ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๘mmHg ญาติและผู้ป่วยขอรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ประเมินอาการปวดระดับ ๓-๔ คะแนน ได้รับมอร์ฟีนแบบรับประทาน ทุก ๑๒ ชั่วโมง ปฏิเสธการใส่เครื่องช่วยหายใจ รักษาวัณโรคครบ ๗ เดือน

การถ่ายภาพรังสีที่ทรวงอก (chest X-ray)

วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖



วันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

กรณีศึกษาที่ ๒

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ ๖๑ ปี น้ำหนัก ๖๐ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๙.๕ เซนติเมตร เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ อาชีพรับจ้างและทำนา อาศัยอยู่กับภรรยาและลูกสาว ๑ คน ลูกสาวอายุ ๑๖ปีกำลังเรียน กศน.ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ เป็นครอบครัวเดี่ยว ปลูกบ้านอยู่กลางทุ่งนาของตนเอง ที่นาอยู่ท้ายหมู่บ้าน ไม่ไกลจากชุมชน ลักษณะที่อยู่เป็นบ้าน ๒ชั้น ครึ่งไม้ครึ่งปูน มีได้ถุนโล่ง

พฤติกรรมสุขภาพ

ผู้ป่วยและภรรยาให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยไปทำงาน รับจ้างที่กรุงเทพฯ และขับแท็กซี่ ถึงช่วงฤดูทำนา ก็กลับมาช่วยทำนาที่บ้าน ชอบดื่มสุราและสูบบุหรี่ประมาณ ๑๐-๒๐ มวนต่อวัน ชอบกินอาหารสุกๆดิบๆ ชอบเล่นการพนันเวลาอยู่ในวงการพนันจะไม่สนใจรับประทานอาหารเช้าและไม่นอนหลับพักผ่อน นิสัยคือร้อน ชอบเอาแต่ใจตัวเอง เวลาป่วยไม่ชอบไปโรงพยาบาลมักจะซื้อยากินเอง ไม่ใส่ใจสุขภาพ ไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี

เศรษฐกิจของครอบครัว

ผู้ป่วยและภรรยาให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยเป็นคนหลักของครอบครัวในการหาเงิน ผู้ป่วยชอบเล่นการพนัน มีภาระหนี้สิน หลังผู้ป่วยเป็นวัณโรคและมะเร็งปอด ครอบครัวขาดรายได้ ภรรยาต้องไปรับจ้างและทำนาคนเดียว ลูกสาวก็ต้องย้ายมาเรียนต่อที่โรงเรียน กศน.เพื่อลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว : คนในครอบครัวมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี ไม่มีใครป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ

ประวัติการแพ้ : ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารหรือสารใดๆ

ประวัติสิ่งเสพติด : ปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุกชนิด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

-๓ เดือนก่อน ใช้ ไอ เหนื่อย น้ำหนักลดลง ไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ ตรวจ sputum AFB x ๓ day =Positive ๓+ ผล CXR : infiltration Both lung และ การทำ computed tomography (CT) scan ร่วมกับการทำ การตัดชิ้นเนื้อเพื่อวิเคราะห์ (Biopsy) พบว่าเป็นมะเร็งระยะ ๔

-๒ มีนาคม ๒๕๖๓ เริ่มรักษาวัณโรค สูตรยาที่ ๑ ด้วยสูตร ๒HRZE / ๔HR ที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

-๔ มีนาคม ๒๕๖๖ ทำเคมีบำบัด (chemotherapy) ครั้งที่ ๑ ที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์

-๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ เรื่องการมารับยาวัณโรคระยะเข้มขันที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ก่อนไปตามนัดที่ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ หลังทำเคมีบำบัด ครั้งที่ ๒ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หอบ อ่อนเพลียร่างกาย ๓๖.๒ องศาเซลเซียส หายใจ ๓๐ ครั้ง/นาที ชีพจร ๑๒๐ ครั้ง/นาที วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้วได้ ๘๗ % ตรวจเลือดพบระดับโปรแตสเซียม โซเดียม ในเลือดต่ำ แพทย์จึงให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลตระการพิรุณ จำนวน ๓ วัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖

CBC : HCT=๓๗% Hb=๑๒.๕ MCV=๗๕.๒ RDW=๑๖.๑ WBC=๒,๒๔๐ Plt.Smear=Adequate
Plt.Count=๒๒๑,๐๐๐ RBC=๔.๙๓ PMN=๑๙ Lymph=๕๔ Mono=๒๔ Eos=๒ Baso=๑

RBC Morphology=Anisocytosis : Few , Microcyte :Few , Hypochromia : Few , Ovalocyte (Elliptocyte) ๑+ WBC Morphology=Normal

LFT : Total protine=๗.๔ Albumin=๔.๑ Globulin=๓.๓ Total bilirubin=๐.๔๔

Direct bilirubin=๐.๒๗ Indirect bilirubin=๐.๑๗

SGOT=๕๐ SGPT=๒๔ Alkaline phosphase=๑๒๗

BUN= ๙ Creatinine : ๐.๕๔ eGFR CKD-EPI=๑๑๓.๓๒ Stage๑

Electrolyte : Na=๑๒๐.๙ K=๒.๓ Chloride=๑๐๐ Cob=๓๒.๔ AnGap=๖.๙

สรุปการแปลผล LFT , BUN , Creatinine ผลปกติ

CBC : RBC Morphology=Anisocytosis : Few , Microcyte :Few , Hypochromia : Few , Ovalocyte (Elliptocyte) ๑+ มีขนาดเม็ดเลือดที่ผิดปกติ แต่อยู่ในเกณฑ์ที่รับได้

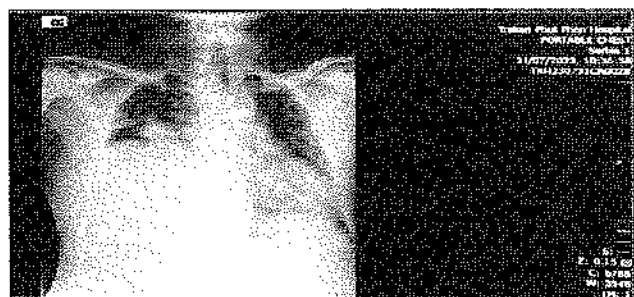
Electrolyte : Na , K ต่ำ

-๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖ รับส่งต่อจากโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ หลังได้ไปทำเคมีบำบัด ๓ ครั้ง คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ผู้ป่วยเหนื่อย อ่อนเพลีย ผอมร่วง ไม่ยอมไปทำเคมีบำบัดต่อ และมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ จึงขอกลับมารักษาแบบประคับประคองต่อที่โรงพยาบาลตระการพืชผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไอเสมหะปนเลือดบางครั้ง อุดหนุนมีร่างกาย ๓๖.๖ องศาเซลเซียส หายใจหอบเหนื่อย ๒๘-๓๐ ครั้ง/นาที ชีพจร ๑๓๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๗๐/๙๐ mmHg ญาติและผู้ป่วยขอรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ประเมินอาการปวดระดับ ๕-๖ คะแนน ได้รับมอร์ฟีนแบบรับประทาน ทุก ๔ ชั่วโมง ปฏิเสธการใส่เครื่องช่วยหายใจ รักษาวัณโรคครบ ๖ เดือน

การถ่ายภาพรังสีที่ทรวงอก (chest X-ray)

วันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖



ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ ระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการให้การพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๑.ระยะแรกรับ	<p>-๙ ม.ค.๖๖ รับส่งต่อ จาก รพศ.สปส</p> <p>-ดูแลที่คลินิกวัณโรค ในช่วง รับประทานยาวัณโรค สูตร ๑ ระยะเข้มข้น และคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน</p> <p>-เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการกินยา รับประทานยาวัณโรค ระยะเข้มข้น เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการกินยาวัณโรค และ การจัดสภาพแวดล้อมบ้านเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>-ประสาน รพ.สต.ใกล้บ้าน เพื่อวางแผนการดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยร่วมกัน</p>	<p>-๒๑ มี.ค.๖๖ รับส่งต่อ จาก รพศ.สปส</p> <p>-ดูแลที่คลินิกวัณโรค ในช่วง รับประทานยาวัณโรค สูตร ๑ ระยะเข้มข้น และคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน</p> <p>-ทำ computed tomography (CT) scanและทำการส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม (Bronchoscopy) ผลการตรวจ Biopsy พบเป็นโรคมะเร็งปอด</p> <p>ระยะที่ ๓ ทำเคมีบำบัด ที่ รพศ.สปส. ดูแลเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนไปรับเคมีบำบัดตามนัด และติดตามอาการ</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนจากการทำเคมีบำบัด</p> <p>-เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการกินยา รับประทานยาวัณโรค ระยะเข้มข้น เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการกินยาวัณโรค และ การจัดสภาพแวดล้อมบ้านเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ</p> <p>-ประสาน รพ.สต.ใกล้บ้าน เพื่อวางแผนการดูแลและติดตามอาการผู้ป่วยร่วมกัน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ ระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

ระยะเวลาในการให้การพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
๒. ระยะต่อเนื่อง	<p>-๘ ก.พ.๖๖ - ๑๒ ก.ค.๖๖</p> <p>-ดูแลการกินยาวันโรค ระยะต่อเนื่อง</p> <p>-หลังทำ computed tomography (CT) scanและทำการส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม (Bronchoscopy) ผลตรวจ เป็นโรคมะเร็งปอด ปฏิเสธทำเคมีบำบัด ขอรักษาแบบประคับประคอง</p> <p>-ประสาน รพ.สต.วางแผนร่วมกันในการดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>-วางแผนร่วมกัน กับผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลแบบประคับประคอง ในการรับยาระงับปวด/การให้ออกซิเจนที่บ้าน ยืมเครื่องให้ออกซิเจนที่บ้าน จาก อบต.</p>	<p>-๒๔ พ.ค.๖๖ - ๕ ก.ย.๖๖</p> <p>-ดูแลการกินยาวันโรค ระยะต่อเนื่อง</p> <p>-หลังทำเคมีบำบัด ได้ ๓ ครั้ง ผู้ป่วย คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ผมร่วง เหนื่อย จึงขอปฏิเสธการทำเคมีบำบัดต่อ ขอรักษาแบบประคับประคอง รพศ.สปล.จึงส่งกลับมารักษา รพ.ใกล้บ้าน</p> <p>-ประสาน รพ.สต.วางแผนร่วมกันในการดูแลแบบประคับประคอง</p> <p>-วางแผนร่วมกัน กับผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลแบบประคับประคอง ในการรับยาระงับปวด/การให้ออกซิเจนที่บ้าน ยืมเครื่องให้ออกซิเจนที่บ้าน จาก รพ.ตระการฯ</p>
๓. ระยะสุดท้าย แบบประคับประคอง	<p>-๙ ส.ค.๖๖ - ๕ ก.ย.๖๖</p> <p>-ผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิเสธการพาผู้ป่วยมา รพ.ขอดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน</p> <p>-ทำ Advance care plan ร่วมกับผู้ป่วยและภรรยา ผู้ป่วยและภรรยาเข้าใจและรับทราบอาการ อาการแสดง ของโรคมะเร็งระยะท้าย ยอมรับ ขออยู่กับครอบครัว ไม่มา รพ.</p>	<p>-๖ - ๑๙ ก.ย.๖๖</p> <p>-ผู้ป่วยและครอบครัว ปฏิเสธการพาผู้ป่วยมา รพ.ขอดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน</p> <p>-ทำ Advance care plan ร่วมกับผู้ป่วย ภรรยา และ ลูกสาว ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและรับทราบ อาการอาการแสดง ของโรคมะเร็งระยะท้าย ผู้ป่วยยังทำใจยอมรับไม่ได้ แต่ไม่ยอมมา รพ.เพราะไม่อยากเป็นภาระของภรรยาและลูก ขออยู่กับครอบครัวที่บ้าน ไม่มา รพ.</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ผู้ศึกษาได้ใช้ทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาลของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ประเมินผล

ตารางเปรียบเทียบ การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผน (Gordon's functional health)

๑๑ แบบแผนสุขภาพของ Gordon	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
แบบแผนที่ ๑ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยเป็นคนดีอีร์น เอาแต่ใจ ชอบสูบบุหรี่ หลังทราบว่าตนเองเป็นวัณโรคปอดและมะเร็งปอด เลิกสูบบุหรี่ เชื้อฟังกรรยา และมาโรงพยาบาลตามนัดตลอด ไม่ขาดยา รักษาวัณโรคครบ	ก่อนเจ็บป่วยผู้ป่วยเป็นคนดีอีร์น เอาแต่ใจ ชอบสูบบุหรี่ และดื่มสุรา หลังทราบว่าตนเองเป็นวัณโรคปอดและมะเร็งปอด เลิกสูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา แต่ยังคงอีร์น เอาแต่ใจตัวเอง รักษาวัณโรคครบ แต่ไม่ยอมไปทำเคมีบำบัดต่อ
แบบแผนที่ ๒ โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	ในช่วงรักษาวัณโรค ๒ เดือนแรก เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่ได้ หลังเสยระยะ ๒ เดือน แล้วรับประทานอาหารได้ตามปกติ ภรรยาจะทำอาหารตามใจผู้ป่วย	ก่อนเจ็บป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ หลังจากไปปรับประทานยา วัณโรคเกิดระยะเข้มขึ้นแล้วไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แต่เมื่อหลังรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแล้วจะมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ผู้ป่วยบอกว่า “เหม็นข้าวต้ม และกำข้าว กลืน บ่ ลงคอ” เหนื่อยอ่อนเพลีย จิบน้ำเกลือแร่ สลับกับนมกล่อง รับประทานแต่ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวได้
แบบแผนที่ ๓ การขับถ่าย	ขับถ่ายปกติ	ขับถ่ายน้อยลง แต่ขับถ่ายวันละ ๑ ครั้งทุกวัน ไม่มีปัญหาท้องผูก
แบบแผนที่ ๔ กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	ก่อนเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ไปนาเพื่อเลี้ยงวัวทุกวัน หลังป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ต้องอาศัยภรรยาในการพุงเข้าห้องน้ำ เดินแล้วเหนื่อย สามารถรับประทานอาหารเองได้ เปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำเองได้	ก่อนเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ไปทำงานและรับจ้างทั่วไปได้ทุกวัน หลังป่วย ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง ต้องอาศัยภรรยาและลูกในการพุงเข้าห้องน้ำ เดินแล้วเหนื่อย สามารถรับประทานอาหารเองได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผน (Gordon's functional health)

๑๑ แบบแผนสุขภาพของ Gordon	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
แบบแผนที่ ๕ การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับได้ลดลง เฉลี่ย ๖-๑๒ ชั่วโมง เพราะเหนื่อย พอใส่ออกซิเจนแล้วอาการดีขึ้น นอนต่อได้	นอนหลับได้ลดลง เฉลี่ย ๒-๖ ชั่วโมง เพราะเหนื่อยใส่ออกซิเจนไว้ตลอดเวลา
แบบแผนที่ ๖ สติปัญญาและการรับรู้	การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำปกติ อาการปวดทุก ๖-๑๒ ชั่วโมง กินยาแก้ปวดแล้วดีขึ้น	การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำปกติ อาการปวดทุก ๒-๔ ชั่วโมง กินยาแก้ปวดแล้วดีขึ้น
แบบแผนที่ ๗ การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	รับรู้ว่าตัวเองเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ไม่อยากเป็นภาระของภรรยา กลัวภรรยาเหนื่อย และหวังภรรยาว่าหลังเสียชีวิตแล้วภรรยาจะอยู่กับใคร	รับรู้ว่าตัวเองเป็นมะเร็งปอดระยะสุดท้าย ไม่สามารถไปทำงานได้ รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว กลัวภรรยาเหนื่อยและลูกไม่ได้เรียนต่อ ไม่อยากไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ เพราะเสียค่าใช้จ่ายเยอะ
แบบแผนที่ ๘ บทบาทและสัมพันธภาพ	หลังเจ็บป่วย รักภรรยามากขึ้น เพราะภรรยาดูแลอย่างดี ไม่ใช่กับภรรยา รู้สึกเสียใจ ไม่ได้ไปวัดทำบุญ ไม่ได้เจอเพื่อนที่วัดเหมือนเดิม	หลังเจ็บป่วย ทะเลาะกับภรรยาบ่อย เรื่องที่ตนไม่ยอมไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ และค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ หงุดหงิดง่าย ไม่อยากเจอใคร รู้สึกตัวเองไม่ดี
แบบแผนที่ ๙ เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีปัญหา เพราะอยู่ในวัยชราทั้งคู่ ไม่ได้สนใจเรื่องเพศสัมพันธ์ทั้งคู่	ไม่มีปัญหา เพราะเข้าสู่วัยชราและภรรยาหมดประจำเดือนแล้ว ไม่ได้สนใจเรื่องเพศสัมพันธ์ทั้งคู่

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ การประเมินภาวะสุขภาพตาม ๑๑ แบบแผน (Gordon's functional health)

๑๑ แบบแผนสุขภาพของ Gordon	กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
แบบแผนที่ ๑๑ ความเชื่อ	สวดมนต์ไหว้พระทุกวันและเวลาปวด เชื่อว่าใจสงบจะทำให้อาการปวดและหอบเหนื่อยลดลง ตอนเช้าภรรยาจะออกไปนิมนต์พระให้มาตักน้ำที่บ้านทุกวัน เพราะผู้ป่วยเดินไกลไม่ไหว เหนื่อย	ไม่ชอบทำบุญไหว้พระ หลังป่วยมีผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้านมาทำพิธีผูกแขนเอ็นขวัญ แต่งขันธ ๕ ไว้บนหัวที่นอนให้ มีความเชื่อว่าจะทำญาติ สิ่งไม่ดี จะเข้าใกล้ไม่ได้ จะได้ส่งผลให้หายเจ็บปวดน้อยลง

จากการรวบรวมข้อมูล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโรคปอดและมะเร็งโรคปอดของกรณีศึกษาทั้ง ๒ รายคือการสูบบุหรี่ อาการและอาการแสดงที่เหมือนกันคือ ใช้ ไอ เหนื่อยอ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง ผู้ดูแลของกรณีศึกษาที่ ๑ คือ ภรรยา เอาใจใส่ดูแลและให้กำลังใจเป็นอย่างดี ประเมินอาการปวดระดับ ๓-๔ คะแนน ได้รับมอร์ฟีนแบบรับประทาน ทุก ๑๒ ชั่วโมง ใส่ออกซิเจนบางครั้งหลังลุกเดินเข้าห้องน้ำแล้วเหนื่อย ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒ ผู้ดูแลคือภรรยาและลูกสาว ไม่ค่อยมีเวลาในการดูแลผู้ป่วย เพราะทั้งภรรยาและลูกสาว ออกไปทำงานรับจ้างเพื่อหารายได้ ภรรยาและลูกสาวจะสลับกันดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่า เนื่องจากก่อนป่วยเป็นคนหลักหารายได้ให้ครอบครัว รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว หงุดหงิดง่าย ทะเลาะกับภรรยาประจำ ประเมินอาการปวดระดับ ๕-๖ คะแนน ได้รับมอร์ฟีนแบบรับประทาน ทุก ๔ ชั่วโมง ใส่ออกซิเจนตลอดเวลา รักษาโรคหัวใจโรคปอดตามแผนการรักษา ๖ เดือน ทั้ง ๒ ราย กรณีศึกษาที่ ๑ ปฏิเสธการรักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด ขอรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน และกรณีศึกษาที่ ๒ รักษามะเร็งด้วยเคมีบำบัด ๓ ครั้ง ทนภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัดไม่ไหว จึงปฏิเสธการรักษาด้วยเคมีบำบัด ขอรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน

จากการประเมินภาวะสุขภาพ ๑๑ แบบแผนของ Gordon พบปัญหาแบบแผนสุขภาพ ได้แก่ ข้อที่ ๑ , ๒ , ๔ , ๕ , ๖ , ๗ , ๘ , ๑๐ และ ๑๑

สรุปปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย

ปัญหาที่ ๑ มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดมีการ

ลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

ปัญหาที่ ๒ มีอาการปวด เนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็งปอดขยายตัวและลุกลามไปยังกลีบปอดอื่น

ปัญหาที่ ๓ ภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำเนื่องจาก คลื่นไส้อาเจียน

ปัญหาที่ ๔ ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจาก ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเผชิญมะเร็งระยะท้าย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญของ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ การวางแผนทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑</p> <p>มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดมีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. ผู้ป่วยไอมีเสมหะผู้ป่วยบอก เหนื่อยหายใจไม่อิ่ม</p> <p>๒. อัตราการหายใจ ๒๘-๓๐/min</p> <p>๓. ผล CXR : infiltration LT lung</p> <p>๔. วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้วได้ ๙๐%</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อลดอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย จากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน ลักษณะการหายใจ การตรวจสภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้าและตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๒-๔ ชั่วโมง ตามสภาพผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันเวลาที่</p> <p>๒. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง ๓๐ องศา เพื่อให้ปอดยืดขยายได้เต็มที่ เพิ่มเนื้อที่ ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ</p> <p>๓. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ตามแผนการรักษา</p> <p>๔. ดูแลให้ได้รับยาละลายเสมหะและขยายหลอดลมตามแผนการรักษา</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑. หลังได้ได้รับออกซิเจนแล้ว ประมาณ ๑๕-๓๐ นาที วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้วได้ ๙๗% หายใจ ๒๔ - ๒๖ /min</p> <p>๒. ผู้ป่วยบอกว่า “หลังได้ออกซิเจนแล้ว มีแรงขึ้น</p>	<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๑</p> <p>มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากปอดมีการลุกลามแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑. ผู้ป่วยไอมีเสมหะ ผู้ป่วยบอก เหนื่อย</p> <p>๒. อัตราการหายใจ ๓๐/min</p> <p>๓. ผล CXR : infiltration Both Lung</p> <p>๔. วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้วได้ ๘๗%</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อลดอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย จากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑. ประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน ลักษณะการหายใจ การตรวจสภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้าและตรวจวัดสัญญาณชีพทุก ๒-๔ ชั่วโมง ตามสภาพผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันเวลาที่</p> <p>๒. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการให้ผู้ปวยนอนศีรษะสูง ๓๐ องศา เพื่อให้ปอดยืดขยายได้เต็มที่ เพิ่มเนื้อที่ ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ</p> <p>๓. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ตามแผนการรักษา</p> <p>๔. ดูแลให้ได้รับยาละลายเสมหะและขยายหลอดลมตามแผนการรักษา</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑. หลังได้ได้รับออกซิเจนแล้ว ประมาณ ๑๕-๓๐ นาที วัดระดับออกซิเจนปลายนิ้วได้ ๙๕ - ๙๘% ริมฝีปากค้ำน้อยลง หายใจ ๒๖ - ๒๘ /min</p> <p>๒. ผู้ป่วยบอกว่า “หลังได้ออกซิเจนแล้ว ดีขึ้นหายใจทั่วท้องขึ้น”</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ การวางแผนทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>-ชื่อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒</p> <p>มีอาการปวด เนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็ง</p> <p>ปวดขยายตัวและลุกลามไปยังกลีบปอดอื่น</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอกปวดหลัง เจ็บแน่นหน้าอกซ้าย</p> <p>๒.ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า ผู้ป่วยจะนอนร้องครางว่า</p> <p>เจ็บเวลาจับพลิกตะแคงตัวให้</p> <p>๓.ประเมินอาการปวดระดับ ๖ คะแนน</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>บรรเทาอาการปวด ประเมินอาการปวดระดับ ต่ำกว่า ๕ คะแนน</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.ประเมินอาการปวด โดยสังเกตสีหน้า ท่าทางที่แสดงออก</p> <p>๒.จัดท่านอน Semi-Fowler's position จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย</p> <p>๓.ให้การพยาบาลด้วยท่าที่ที่อ่อนโยน แนะนำให้ภรรยาและลูกสาว พุดคุยและสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้กำลังใจผู้ป่วย</p> <p>๔.แนะนำให้ภรรยาและลูกสาว ให้อารมณ์สงบปวดตามแผนการรักษา หากมีอาการปวดมากขึ้น หรือซึมลง สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาอาการ</p> <p>๕.แนะนำเทคนิคหรือวิธีการผ่อนคลายการหายใจ เข้าออกลึกๆ ช้าๆ</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอกหลัง ได้รับมอร์ฟีนแบบรับประทาน ทุก ๑๒ ชั่วโมง อาการปวดลดลง นอนหลับได้ถึงเช้า</p> <p>๒.ภรรยาบอกว่า หลังสามีนอนสวดมนต์ก่อนนอนหลับได้ทั้งคืน ไม่ตื่นตอนดึกๆ</p> <p>๓.ประเมินอาการปวดระดับ ๓-๔ คะแนน</p>	<p>-ชื่อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๒</p> <p>มีอาการปวด เนื่องจากการแพร่กระจายของมะเร็ง</p> <p>ปวดขยายตัวและลุกลามไปยังกลีบปอดอื่น</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอกปวดหลังร้าวมาหน้าอก</p> <p>๒.ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า ผู้ป่วยจะนอนร้องครางว่า</p> <p>ปวดตามตัวทุก ๒ ชั่วโมง</p> <p>๓.ประเมินอาการปวดระดับ ๘ คะแนน</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>บรรเทาอาการปวด ประเมินอาการปวดระดับ ต่ำกว่า ๕ คะแนน</p> <p>๑.ประเมินอาการปวด โดยสังเกตสีหน้า ท่าทางที่แสดงออก</p> <p>๒.จัดท่านอน Semi-Fowler's position จัดสภาพแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย</p> <p>๓.ให้การพยาบาลด้วยท่าที่ที่อ่อนโยน แนะนำให้ภรรยาและลูกสาว พุดคุยและสัมผัสอย่างอ่อนโยน ให้กำลังใจผู้ป่วย</p> <p>๔.แนะนำให้ภรรยาและลูกสาว ให้อารมณ์สงบปวดตามแผนการรักษา หากมีอาการปวดมากขึ้น หรือซึมลง สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาอาการ</p> <p>๕.แนะนำเทคนิคหรือวิธีการผ่อนคลายการหายใจ เข้าออกลึกๆ ช้าๆ หรือมีความเชื่อทางศาสนาที่ทำให้ผู้ป่วยสบายใจ แต่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยได้</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอกหลัง ได้รับมอร์ฟีนแบบรับประทาน ทุก ๔ ชั่วโมง อาการปวดลดลง นอนหลับได้ประมาณ ๒-๔ ชั่วโมง หลังผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้านมาทำพิธีผูกแขนเอ็นขวัญให้แล้วสบายใจ</p> <p>๒.ประเมินอาการปวดระดับ ๕-๖ คะแนน</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ การวางแผนทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ ภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำเนื่องจาก คลื่นไส้อาเจียน</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอก คลื่นไส้อาเจียน กินข้าวไม่อร่อย เหนื่อย</p> <p>๒. ผลการตรวจ Electrolyte : Na=๑๓๐.๙ mg/dl K=๓.๓ mg/dl</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>ไม่มีอาการของแมกนีเซียมต่ำ และ โซเดียมต่ำ เช่น อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงหรือชัก</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับแก้อาเจียนและเกลือแร่ ตามแผนการรักษา</p> <p>๒.ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>๓.สังเกตอาการเกิดภาวะจากแมกนีเซียมต่ำ และ โซเดียมต่ำ เช่น วิงเวียนศีรษะ เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักกระตุก</p> <p>๔.แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง และโซเดียมต่ำ เช่น ไข่ ข้าวกล้อง ผักขม กัลฉ่าย ปลาหู เป็นต้น</p> <p>๕.แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังในการทำกิจวัตรประจำวันเช่น การลุกนั่งอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนท่า เป็นต้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑.ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่มีอาการ วิงเวียนศีรษะ เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักกระตุก</p> <p>๒.หลังได้รับ ยาแก้อาเจียนและเกลือแร่ผลการตรวจ Electrolyte : Na=๑๔๐.๙ mg/dl K=๔.๓</p>	<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๓ ภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำเนื่องจาก คลื่นไส้อาเจียน</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอก คลื่นไส้อาเจียน กินข้าวไม่อร่อย เหนื่อย</p> <p>๒. ผลการตรวจ Electrolyte : Na=๑๓๐.๙ mg/dl K=๓.๓ mg/dl</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>ไม่มีอาการของแมกนีเซียมต่ำ และ โซเดียมต่ำ เช่น อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงหรือชัก</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับแก้อาเจียนและเกลือแร่ ตามแผนการรักษา</p> <p>๒.ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข</p> <p>๓.สังเกตอาการเกิดภาวะจากแมกนีเซียมต่ำ และ โซเดียมต่ำ เช่น วิงเวียนศีรษะ เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักกระตุก</p> <p>๔.แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีแมกนีเซียมสูง และโซเดียมต่ำ เช่น ไข่ ข้าวกล้อง ผักขม กัลฉ่าย ปลาหู เป็นต้น</p> <p>๕.แนะนำให้ผู้ป่วยระมัดระวังในการทำกิจวัตรประจำวันเช่น การลุกนั่งอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนท่า เป็นต้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑.ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่มีอาการ วิงเวียนศีรษะ เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชักกระตุก</p> <p>๒.หลังได้รับ ยาแก้อาเจียนและเกลือแร่ผลการตรวจ Electrolyte : Na=๑๓๙.๙ mg/dl K=๓.๙</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่แต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ การวางแผนทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเฉื่อยฉะเร็งระยะท้าย</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอกว่ายังไม่อยากตาย เป็นห่วงภรรยา ไม่รู้ว่าหลังผู้ป่วยตายแล้วภรรยาจะอยู่กับใคร</p> <p>๒.ภรรยาบอกว่าสงสารผู้ป่วย ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาณ</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>บรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.สร้างสัมพันธภาพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความวิตกกังวลกลัวพร้อม ๆ กับการสนับสนุนให้กำลังใจ</p> <p>๒.ให้ความรู้และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย, อาการปวด, อาการคลื่นไส้ อาเจียน ,อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.จัดหาอุปกรณ์และยา เพื่ออำนวยความสะดวก เช่น เครื่องให้ออกซิเจนที่บ้าน เตียง ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประสานงานกับ รพ.สต.ใกล้บ้านในการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และการเยี่ยมบ้าน</p> <p>๔.ดูแลการให้ยาระงับปวดที่บ้าน โดยใช้ระบบ Telehealth ในการติดตามอาการผู้ป่วย</p> <p>๕.แนะนำเทคนิคหรือวิธีการผ่อนคลายการหายใจ เข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ หรือมีความเชื่อทางศาสนาที่ทำ</p>	<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔</p> <p>ผู้ป่วยและญาติมีความเครียด วิตกกังวล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเฉื่อยฉะเร็งระยะท้าย</p> <p>-ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>๑.ผู้ป่วยบอกว่ายังไม่อยากตาย เป็นห่วงภรรยาและลูกสาว จะลำบาก กลัวลูกสาวไม่ได้เรียนต่อ</p> <p>๒.ลูกบอกว่าสงสารผู้ป่วย ทำอย่างไรพอถึงจะไม่ทรมาณ</p> <p>-วัตถุประสงค์</p> <p>บรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล</p> <p>๑.สร้างสัมพันธภาพเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยพูดคุยระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความวิตกกังวลกลัวพร้อม ๆ กับการสนับสนุนให้กำลังใจ</p> <p>๒.ให้ความรู้และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย, อาการปวด, อาการคลื่นไส้ อาเจียน ,อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.จัดหาอุปกรณ์และยา เพื่ออำนวยความสะดวก เช่น เครื่องให้ออกซิเจนที่บ้าน เตียง ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ประสานงานกับ รพ.สต.ใกล้บ้านในการวางแผนร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน และการเยี่ยมบ้าน</p> <p>๔.ดูแลการให้ยาระงับปวดที่บ้าน โดยใช้ระบบ Telehealth ในการติดตามอาการผู้ป่วย</p> <p>๕.แนะนำเทคนิคหรือวิธีการผ่อนคลายการหายใจ เข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ หรือมีความเชื่อทางศาสนาที่ทำ</p>

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๒. ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ตารางเปรียบเทียบ การวางแผนทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล

กรณีศึกษารายที่ ๑	กรณีศึกษารายที่ ๒
<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>ให้ผู้ป่วยสบายใจ แต่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยได้</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑.ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงระยะการเจ็บป่วยของมะเร็งระยะสุดท้าย จึงไม่ขอไป รพ.ขอเสียชีวิตอยู่บ้านกับภรรยา</p> <p>๒.ภรรยาได้นิมนต์พระมาบิณฑบาตที่บ้าน ผู้ป่วยได้ใส่บาตรทุกวัน ผู้ป่วยยิ้มบอกรู้สึกมีความสุข สงบ</p> <p>๓.ผู้ป่วยสวดมนต์ทุกครั้งที่มีอาการปวด และก่อนนอน ภรรยาบอกว่า ทำผู้ป่วยสงบอาการปวดน้อยลง นอนหลับได้ ๖-๑๒ ชั่วโมง ไม่ตื่นกลางดึก</p>	<p>-ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ ๔</p> <p>-กิจกรรมการพยาบาล (ต่อ)</p> <p>ให้ผู้ป่วยสบายใจ แต่ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยได้</p> <p>-การประเมินผล</p> <p>๑.ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงระยะการเจ็บป่วยของมะเร็งระยะสุดท้าย จึงไม่ขอไป รพ.ขอเสียชีวิตอยู่บ้านกับภรรยา</p> <p>๒.มีผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้านมาทำพิธีผูกแขนเอ็นขวัญ แต่งขันธ ๕ ไว้บนหัวที่นอนให้ มีความเชื่อว่าจะทำภูตผี สิ่งไม่ดี จะเข้าใกล้ไม่ได้ จะได้ส่งผลให้หายเจ็บปวดน้อยลง นอนหลับได้ ประมาณ ๒-๔ ชั่วโมง</p>

๔.๓.สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายเป็นผู้สูงอายุทั้ง ๒ ราย มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไวรัสโรคและโรคมะเร็งปอด คือประวัติการเคยสูบบุหรี่ วันละ ๑๐-๑๒ ม้วนต่อวัน

ผู้ป่วยรายแรก ผู้ศึกษาดูแลตั้ง วันที่ ๙ มกราคม - ๙ สิงหาคม ๒๕๖๗ ระยะแรกมีปัญหาเรื่องคลื่นไส้อาเจียนจากการเริ่มยาวัณโรค หลังจากผ่านระยะเข้มข้นของการรักษาวัณโรคแล้วรับประทานอาหารได้ ไม่มีภาวะเกลือแร่ในเลือดต่ำอีก ระยะต่อเนื่อง หลังจากทราบผลตรวจว่าเป็นมะเร็งปอดปฏิบัติสหการรักษามะเร็งตั้งแต่นั้นมา ขอรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ทำให้ไม่ทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนของเคมีบำบัด ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารักษา และครอบครัวไม่เครียดวิตกกังวล เนื่องจากเข้าใจแผนการรักษาพยาบาลแต่ละขั้นตอน ภรรยาดูแลอย่างดี และให้กำลังใจตลอด ไม่มีเรื่องปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว ได้รับมอร์ฟินแบบรับประทาน ทุก ๑๒ ชั่วโมง อาการปวดลดลง นอนหลับได้ถึงเข้าประเมินอาการปวดระดับ ๓-๔ คะแนน รักษาวัณโรคครบตามแผนการรักษา

รายที่ ๒ ผู้ศึกษาดูแลตั้ง วันที่ ๒๑ มกราคม - ๑๙ กันยายน ๒๕๖๗ ระยะแรกมีปัญหาคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ ผอมร่วง จากการทำเคมีบำบัด ครอบครัวเครียด วิตกกังวลกับอาการป่วยที่แย่งลงของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการไปตามนัดแต่ละครั้ง จึงขอปฏิเสธการรักษาด้วยเคมีบำบัด หลังจากดูแลแบบประคับประคองที่บ้านแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวผ่อนคลายความวิตกกังวล และทำใจยอมรับกับอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้รับมอร์ฟินแบบรับประทาน ทุก ๔ ชั่วโมง อาการปวดลดลง นอนหลับได้ประมาณ ๒-๔

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๓. สรุปกรณีศึกษา (ต่อ)

ชั่วโมง หลังผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้านมาทำพิธีผูกแขนเอ็นขวัญให้แล้วสบายใจ ประเมินอาการปวดระดับ ๕-๖ คะแนน รักษาด้วยโรคครบตามแผนการรักษา

๔.๔. วิเคราะห์และอภิปรายผลกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจปอดและโรคมะเร็งปอด มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และการประสานงานกับเครือข่าย ในการดูแลติดตามผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากโรคปอดเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรืออาศัยอยู่ด้วยกันมีโอกาสรับเชื้อไวรัสโรคและป่วยเป็นโรคได้ ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ได้ดูแลแต่ผู้ป่วยอย่างเดียว ต้องดูแลผู้ใกล้ชิดหรือคนที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยารักษาโรค ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยขาดนัดและขาดยา และในรายที่มีโรคมะเร็งปอดร่วมด้วย ยังมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้นไปอีก เพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งจะทุกข์ทรมานจากความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย, อาการปวด, อาการคลื่นไส้อาเจียน, อาการเบื่ออาหาร เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น สามารถเผชิญและบรรเทาทุกข์จากความเจ็บป่วย ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี เท่าที่จะทำได้ ผู้ศึกษาได้เห็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายของผู้ป่วยมะเร็ง ในการเข้าถึงระบบบริการการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย strong opioid ซึ่งยังต่ำอยู่ (ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คิดเป็น ๓๒.๙๖ , ๒๑.๘๙ และ ๑๗.๖๗) จึงสนใจที่จะนำความรู้มาปรับปรุง แก้ไข เทคนิค หรือวิธีการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาลของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดและมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อการนำไปใช้พัฒนาต่อยอดเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้านและการเข้าถึงบริการยาระงับปวด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

เชิงปริมาณ คือ ให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดและมะเร็งปอดระยะท้าย จำนวน ๒ ราย ผู้ป่วยรายแรกใช้ระยะเวลาในการศึกษา ๗ เดือน รายที่ ๒ ใช้ระยะเวลาศึกษา ๘ เดือน ผู้ศึกษาได้ใช้ทฤษฎีการประเมินทางการพยาบาลของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล นำแผนการพยาบาลไปใช้ประเมินผล ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
๑.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥ ๖๐ %	๑๕.๑	๑๙.๒	๖๙.๐
๒.อัตราการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย	≥ ๖๐ %	๕๙.๖๐	๖๒.๕๐	๘๑.๔๕
๓.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥ ๔๐ %	๓๒.๙๖	๒๑.๘๙	๑๗.๖๗
๔.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพและได้รับการเยี่ยมบ้าน	≥ ๔๐ %	๑๗.๙๕	๘.๘๙	๒๔.๔๔

เชิงคุณภาพ

๑.ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าถึงระบบบริการการให้ยาระงับปวดที่บ้านได้ โดยที่ไม่ต้องมาโรงพยาบาล มีการนำระบบ Telehealth เข้ามาติดตามอาการผู้ป่วย

๒.ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับที่โรงพยาบาล จนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน มีภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมวางแผนในการดูแลผู้ป่วย

๓.ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและทราบถึงสภาวะของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และเกิดความพึงพอใจ

๔.เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องและการดูแลครอบครัวรวม โดยใช้ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการอาการ และทักษะด้านการวางแผนล่วงหน้า มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕.พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต เตรียมผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถปรับตัวกับสภาพเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๖.การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

ต่อหน่วยงาน/องค์กร

- ๑.เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
- ๒.เป็นแนวทางเอกสารทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และผู้สนใจใช้ในการดูแลในการผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน

ต่อผู้รับบริการ

- ๓.สามารถวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม
- ๔.ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะต้นจนถึงสิ้นสุดการรักษา

๗.ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินงาน

วัณโรคปอดร่วมกับโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการ ผลกระทบจากการรักษาและความก้าวหน้าของโรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งวัณโรคเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่สำคัญผู้ดูแลต้องมีแนวทางการปฏิบัติตัวการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นและเข้าใจการดำเนินของโรค ส่วนแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดมุ่งหวังเพื่อประคับประคองไม่ให้เกิดการดำเนินโรคลุกลามเร็วหรือบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามบริบท บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยใช้สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย นำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกรับจนถึงระยะต่อเนื่องที่บ้าน บูรณาการองค์ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์บนพื้นฐานของการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะรับมือกับสภาพความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น สามารถเผชิญและบรรเทาทุกข์จากความเจ็บป่วยได้ ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกมิติแต่ละระยะตามภาวะสุขภาพ พยาบาลต้องมีประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญและองค์ความรู้ในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการประสานงานร่วมกันในทีมการดูแล เพื่อให้สอดคล้องในการแก้ปัญหาและการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องเพราะถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งด้านความต่อเนื่องในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีและต้องมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน สามารถนำการใช้เทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การใช้ระบบ Telehealth เข้ามาติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาล แก้ปัญหาให้ผู้ไปได้รวดเร็ว ลดระยะเวลาการเข้ารับบริการ รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวเตรียมพร้อมต่อการสูญเสียได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่ จะแต่งตั้ง)

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ต้องศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำรา รายงานการวิจัย และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา และออกแบบกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ตามบริบทของพื้นที่ ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการเรียบเรียงข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการศึกษา

๘.๒ ต้องนำข้อมูลวิชาการและความรู้ที่ผ่านมาที่ได้อบรมมาเรียบเรียงเป็นรายงานกรณีศึกษา จัดทำให้ผู้อื่นเข้าใจง่าย เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาตลอดจนข้อเสนอแนะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการที่ทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๙.๒ เพิ่มบทบาทของพยาบาลปฏิบัติงานในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองตั้งแต่เริ่มต้นของการรักษา จนถึงสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการความปวดและมีการเตรียมพร้อมต่อการสูญเสียต่อไป

๙.๓ การประสานงานร่วมกันภายในทีมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ทั้งความต่อเนื่องในโรงพยาบาลและชุมชน ควรมีการกำหนดบทบาท ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลและการดูแลการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต

๙.๔ พยาบาลควรเห็นความสำคัญการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลภาวะเจ็บป่วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วันที่ ๑๕-๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ประชุมและนำเสนอผลงานวิชาการเรื่อง ความก้าวหน้าและพัฒนาวิชาชีพ การพยาบาลในยุค BANT วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ ๒๘-๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ ประชุมเชิงปฏิบัติการและนำเสนอผลงาน การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเพื่อเท่าทันการเปลี่ยนแปลงและความท้าทายในอนาคต ปี ๒๕๖๗ (Change and Challenges in the Next Normal) มูลนิธิเครือข่ายพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน : ไม่มี

การจัดทำผลงานข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยนำมาจัดเป็นรูปเล่ม รวบรวมโดย นางสาวจรินทร์ ศรีวิไลย์ เป็นผู้เสนอผลงานทุกขั้นตอน ร้อยละ ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวจรินทร์ ศรีวิไลย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(วันที่) ๑๑ / ๑๑ / ๒๕๖๗

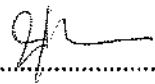
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจรินทร์ ศรีวิไลย์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

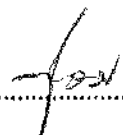
(ลงชื่อ) 

(นางบุษบา การกล้า)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(วันที่) ๑๑ / ตุลาคม / ๒๕๖๒

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจรินทร์ หุมนันท์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพืชผล

(วันที่) ๑๑ / ตุลาคม / ๒๕๖๒

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

บรรณานุกรม

- หน่วยการดูแลแบบประคับประคอง ที่ตั้ง : ชั้น ๑๐ อาคารสิรินธร โรงพยาบาลราชวิถี.แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย หน่วยการดูแลแบบประคับประคอง งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต โรงพยาบาลราชวิถี , พฤษภาคม ๒๕๖๔ เบอร์โทร ๐๖๔-๗๐๗๖๔๔๘ ,๐๒-๒๐๖๒๕๐๐ ต่อ ๓๑๐๑๖
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๘ (พิมพ์ครั้งที่ ๑). กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ : บริษัทพรทรัพย์ การพิมพ์ จำกัด, ๒๕๖๐.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. เอกสารสถานการณ์โรคมะเร็งจังหวัดกระบี่ จาก รง.๕๐๕ (ปี๒๕๕๕- ๒๕๕๖) และ Data center (ปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐). มปท., ๒๕๖๐.
- ๗ ปิติ จันทรวรโชติ. ชีววิทยาโมเลกุลของเซลล์มะเร็ง.(พิมพ์ครั้งที่ ๑). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๖๐. ๘ สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา ฝ่ายรังสีวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง. [online]. [วันที่สืบค้น] (๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐). Available at: [http:// www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=๒๓๘](http://www.chulacancer.net/patient-list-page.php?id=๒๓๘)
- ๙ กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย ๒๕๕๗. [online]. วันที่สืบค้น (๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๐) <http://www.dms.moph.go.th>
- สำนักการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ สื่อตะวัน จำกัด., ๒๕๕๙
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๕๗). แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นจาก <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner>.
- ขวัญธิดา อุทัยสาร และโสพิศ วงศ์ค า. (๒๕๕๒). การแพร่กระจายของมะเร็ง : สาเหตุหลักในการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารโรคมะเร็ง, ๒๙(๔), ๑๘๕.
- คณะกรรมการจัดทำ แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ. (๒๕๕๖). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณีย์ ดุสรักษ์. (๒๕๖๐). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชัน จำกัด.
- กรีฑา ธรรมคำภีร์. วัณโรคปอด ในศตวรรษที่ ๒๑ : Pulmonary Tuberculosis in the ๒๑th Century. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์(๑๙๙๒), ๒๕๖๒.
- สมาคมปราบวัณโรคแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. วัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ ๕ กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๕๖.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่า. พิมพ์ครั้งที่ ๒ กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; ๒๕๕๙

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน และการเข้าถึงยาประคับประคอง

๒. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า ในปี ๒๕๕๕ มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน ๑๒.๗ ล้านคน และมีผู้เสียชีวิต จากโรคมะเร็ง ๗.๖ ล้านคน หรือคิดเป็น ๑๓ % จากสาเหตุการเสียชีวิตของคนทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่า ปี ๒๕๗๓ จะมีผู้ป่วย มะเร็งเพิ่มขึ้นปีละ ๒๔ ล้านคนทั่วโลก จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นถึง ๑๓.๑ ล้านคน

พบว่าโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดคือ มะเร็งปอดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ทั่วโลกจะมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่า ๑๑ ล้านราย ในประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการ ตายอันดับ ๑ ของคนไทยต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้นมา และจากข้อมูลปี ๒๕๖๑ ของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบว่าคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรุนแรงมากขึ้น ซึ่งโรคมะเร็ง ๕ อันดับแรกที่พบในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งทวารหนักและลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูก(ตามลำดับ) สำหรับในไทยโรคมะเร็งปอด เป็นโรคมะเร็งที่พบได้บ่อย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งปอดคือการสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่มือสองและการสัมผัสสารก่อมะเร็ง อาทิ ก๊าซเรดอน แร่ใยหิน ริงส์ ควันธูป ควันจากท่อไอเสีย และมลภาวะทางอากาศ โดยเฉพาะฝุ่น PM ๒.๕ เป็นต้น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดระยะแรกมักจะไม่มีอาการ แต่เมื่อโรคดำเนินไปมากขึ้นก็จะมีอาการ แต่ก็มักไม่จำเพาะจึงอาจทำให้เกิดการวินิจฉัยที่ล่าช้ามีผลกระทบต่อระยะของโรคที่ลุกลามหรือแพร่กระจายไปมาก ส่งผลให้การรักษาได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรและมีโอกาสการรักษาหายจากโรคน้อย โดยทั่วไป มะเร็งปอดมีสัญญาณเตือน เช่น อาการไอเรื้อรังมากกว่า ๑ เดือน ไอมีเสมหะปนเลือด หายใจลำบาก เหนื่อย หอบง่ายมากกว่าปกติ เจ็บแน่นหน้าอกอ่อนเพลีย เป็นต้น หากมีอาการผิดปกติเหล่านี้ผู้ป่วยควรรีบปรึกษาแพทย์ ด้านการรักษาวิธีหลัก ๆ ได้แก่ การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งแพทย์จะพิจารณาจากระยะของโรคตำแหน่งของก้อนมะเร็งและการกระจายของโรครวมถึงสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ปัจจุบัน การคัดกรองมะเร็งปอดในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงที่ดีที่สุดคือการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ปอด แต่เนื่องด้วยมีค่าใช้จ่ายที่สูงจึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าไม่ถึง จึงมีคำแนะนำให้ผู้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดมะเร็งปอดเข้ารับการตรวจคัดกรองโดยการเอกซเรย์ปอดเป็นประจำทุกปีเพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบในแต่ละปีว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่นำสงสัยจะเป็นมะเร็งปอดหรือไม่

โรงพยาบาลตระการพิษผล เป็นโรงพยาบาลชุมชน (M๒) ขนาด ๑๒๐ เตียง ได้จัดทำคลินิกบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ ถึงปัจจุบัน จากการทบทวนข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี โรงพยาบาลตระการพิษผล จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ จำนวน ๑๕๑ , ๑๙๒ และ ๖๙๐ ราย (ตามลำดับ) คิดเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ ๕ , ๕ และ ๑๕ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี มะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม พบว่า อัตราการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๙๖ , ๒๑.๘๙ และ ๑๗.๖๗ ตามลำดับ (เป้าหมายอัตราของความสำเร็จ ร้อยละ ๔๐ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕) ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเจอโรคมะเร็งในระยะท้ายผู้ป่วยยังอยู่ในระยะปฏิเสธของการรักษาและไม่พร้อมสำหรับการรักษา ขอลกลับมาดูแลที่บ้านตามอาการของโรค ทำให้อาการของโรครุนแรงดำเนิน

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ไปตามพยาธิสภาพของโรค และในพื้นที่ที่ยังขาดความเชื่อมโยงในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมะเร็งในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยและญาติขาดช่องทางการติดต่อเข้าถึงบริการของการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป้าหมายที่สำคัญคือ การลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งโรงพยาบาลมีการดำเนินการจัดทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแล แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบ ส่วนใหญ่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการเตรียมพร้อมให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านใน วาระสุดท้ายได้ พยาบาลในหอผู้ป่วยไม่มั่นใจในการ ให้การดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่มีระบบการ ประสานงานกับเครือข่ายที่ดีที่เป็นระบบ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้านในชุมชน

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคองที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพต่อเนื่องจนถึงชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) สนับสนุนการดูแลที่ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านทำให้คุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยดีขึ้น

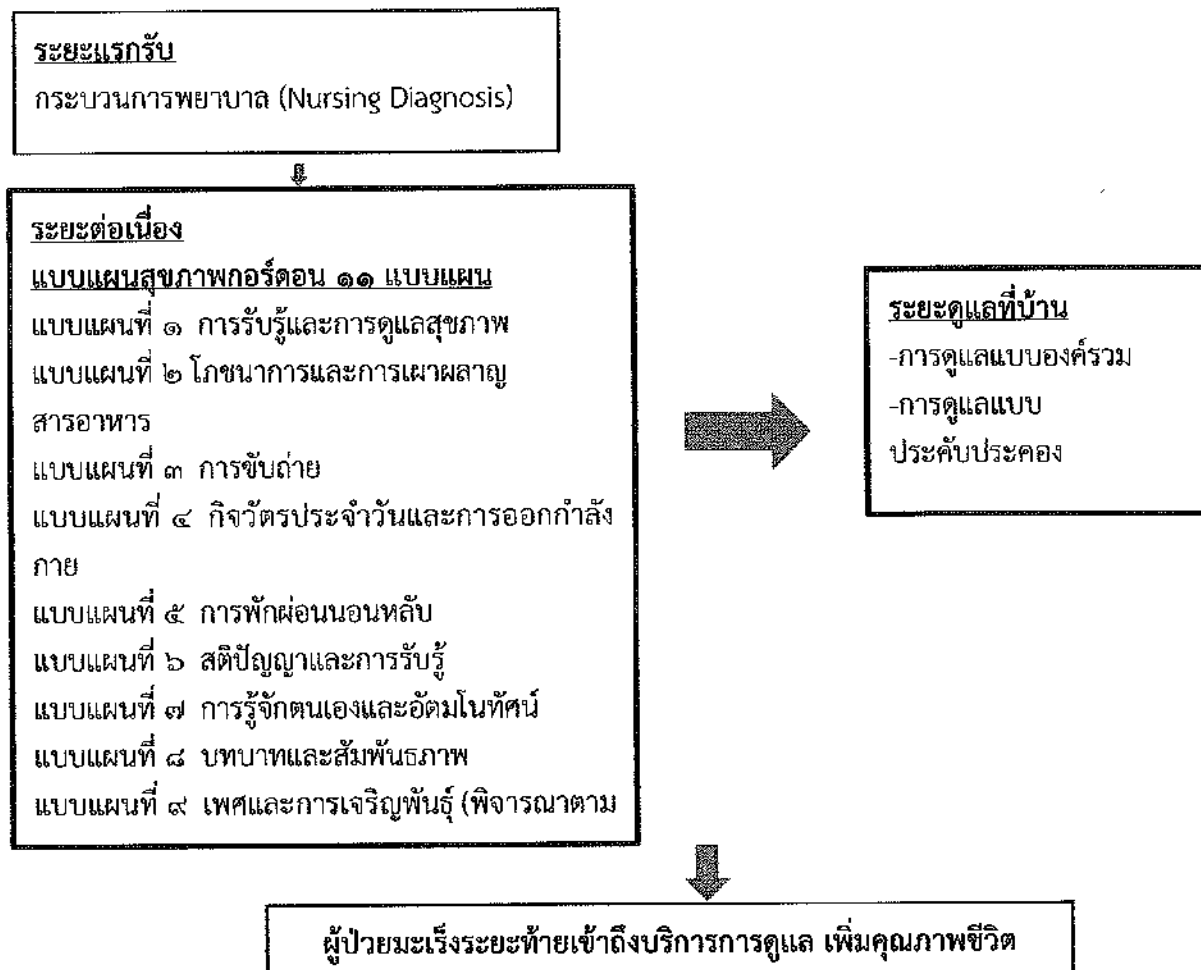
๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลตระการพิชผล ให้บริการผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยระยะท้ายไปในชุมชน ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ยังมีระบบการ Consult ไม่ครอบคลุมชัดเจน ปี ๒๕๖๕ เริ่มมีการจัดตั้งคณะกรรมการในการดูแล มี Flow chart ในการส่งต่อ/Consult ที่ชัดเจน การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยใน ปี๒๕๖๖ มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบและเพิ่มให้พยาบาลทั้งในและนอกโรงพยาบาลและทีมสหวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และมีการจัดตั้งคลินิก OPD palliative ทุกสัปดาห์ บูรณาการแพทย์แผนไทย ทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล palliative ผ่านการอบรม ๔ เดือน ,พยาบาล เกสัชกร กายภาพบำบัด โภชนาการและนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล: โรคมะเร็งในระยะแพร่กระจาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะรุนแรง ภาวะเอดส์เต็มขั้น ภาวะตับล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีการพยากรณ์โรคน้อยกว่าเท่ากับ ๖ เดือน ผู้ป่วยเด็ก (โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคสมองพิการ โรคสมองพิการ โรคเมตาโบลิ ภาวะความผิดปกติทางพันธุกรรมที่รุนแรง ภาวะคลอดก่อนกำหนด) กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด : กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการเจ็บปวด ซึ่งการเข้าถึงระบบบริการการเข้าถึงบริการยาระงับปวดอย่างน้อย

ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ทีมสหวิชาชีพต้องมีความรู้และความเข้าใจ มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม จัดการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมด้วยความเมตตาและเอื้ออาทร พยาบาลมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตและที่สำคัญคือ การเตรียมผู้ดูแลและครอบครัว ให้สามารถปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยของ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พยาบาลต้องประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการจัดการอาการ และทักษะด้านการวางแผนล่วงหน้า เพื่อให้การสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่องและครบองค์รวม ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาจนถึงระยะท้ายของโรค ทั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

กรอบแนวคิด



แนวคิดที่นำมาใช้

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อีกทั้ง ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Huhmann & Camporeale, ๒๐๑๒) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต โดยใช้หลักการดูแลแบบองค์รวม เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามมุมมองและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีมีคุณภาพต่อผู้ป่วย ญาติผู้และผู้ดูแล เป็นกระบวนการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโดยเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ ด้วยกันเอง ความร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อร่วมคิด ร่วมวางแผนร่วมดูแลผู้ป่วย และครอบครัว ให้ได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative Care) แบบองค์รวม (Holistic Care) อย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) ตอบสนองความต้องการหรือจัดการปัญหาของผู้ป่วย เชื่อมโยงมิติ ทางกาย จิต วิญญาณ สังคม วัฒนธรรม และ ความเชื่อ โดยผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมตัดสินใจ วางแผน (Participation in Cure and Care) ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (Development for Self Care) สามารถก้าวผ่านวิกฤตชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์วาระสุดท้ายของชีวิต

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

ระยะแรกเริ่ม

ประเมินผู้ป่วยด้วย กระบวนการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

๑.การประเมินทางการพยาบาล การที่พยาบาลตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาในอดีตและครอบครัวไปถึงเรื่องของวัฒนธรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดการรักษาหรือการวางแผน พี่นุฟู รวมไปถึงการประเมินผลลัพธ์ การสัมภาษณ์สมาชิก ในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทเกี่ยวกับการใช้ชีวิตในแต่ละวันของผู้ป่วย และอาการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยอาจ จะช่วยกำหนดแบบแผนการรักษา ทั้งนี้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยของครอบครัว และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคก็เป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะ ต้องประเมินด้วยการประเมินภาวะเจ็บป่วยการดำเนินของโรค

๒.การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง อาการปวด ทุกข์ทรมาน ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้าน กระบวนการคิด การบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเศร้าโศกเสียใจที่ผิดปกติ การจัดการปัญหาในครอบครัว ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีข้อพยาบาลควร ประเมินถึงการวางแผน เจตนา วิธีการที่ผู้ป่วยจะทำการอีกทั้ง การประเมินทางการพยาบาลควรจะต้องตั้งข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลตามระยะเจ็บป่วย

๓.การวางแผนและให้การพยาบาล การให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ควรให้การพยาบาล อย่าง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุดคือ ลดอาการปวด ทุกข์ทรมาน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งจะรับการรักษาและสามารถที่จะกลับไป ดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ การที่ครอบครัวมีการปฏิบัติหรือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีความผูกพัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทั้งนี้ พยาบาลควรให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มี ข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลควรวางแผน ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อีกบทบาทที่สำคัญคือ การ ประสานงานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วย และประสานไปยังหน่วยบริการ สุขภาพใกล้บ้านของผู้ป่วย รวมทั้งแกนนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย เพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

๔. การประเมินผลทางการพยาบาล การประเมินทางการพยาบาลเป็นการประเมินเรื่องต่าง ๆ ที่ได้ให้ การพยาบาลไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่นว่าได้ผลเป็น อย่างไร บรรลุวัตถุประสงค์อย่างน้อยแค่ไหน

ระยะต่อเนื่อง

แนวคิดแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Gordon, ๑๙๙๔) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดย ประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบ การสนับสนุนทางสังคม การ บริการสุขภาพ เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน แต่ ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่ง อาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมี สุขภาพดีหรือเจ็บป่วย การตัดสินใจว่าแบบแผนสุขภาพใดปกติหรือ ผิดปกติ พิจารณาจากการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ มาตรฐานซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานของแต่ละบุคคล ตาม กลุ่มอายุและเกณฑ์มาตรฐานทางสังคม โดยเกณฑ์ มาตรฐานของแต่ละบุคคลตามกลุ่มอายุ จะนำมาพิจารณา ตัดสินความปกติหรือผิดปกติของพฤติกรรมภายในบางแบบ แผน เช่น แบบแผนอาหารและการเผาผลาญ สารอาหาร หรือแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย จะพิจารณา จากค่าปกติของสารเคมีต่างๆ ในเลือด

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ ๑๑ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย ๑๑ ด้าน ดังนี้

๑) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพ

๒) โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะ โภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโตและระบบภูมิคุ้มกัน

๓) การขับถ่าย เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะรวมถึงปัจจัย ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรคต่อ การขับถ่าย

๔) กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การ ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การ พัฒนาการท างานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด

๕) การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ

๖) สถิติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถ ทางสถิติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้

๗) การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความ ภูมิใจในตนเอง

๘) บทบาทและสัมพันธ์ภาพ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธ์ภาพ และการสื่อสารและพัฒนาสังคม

๙) เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

๑๐) การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการ ปรับตัวกับ ความเครียด

๑) คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

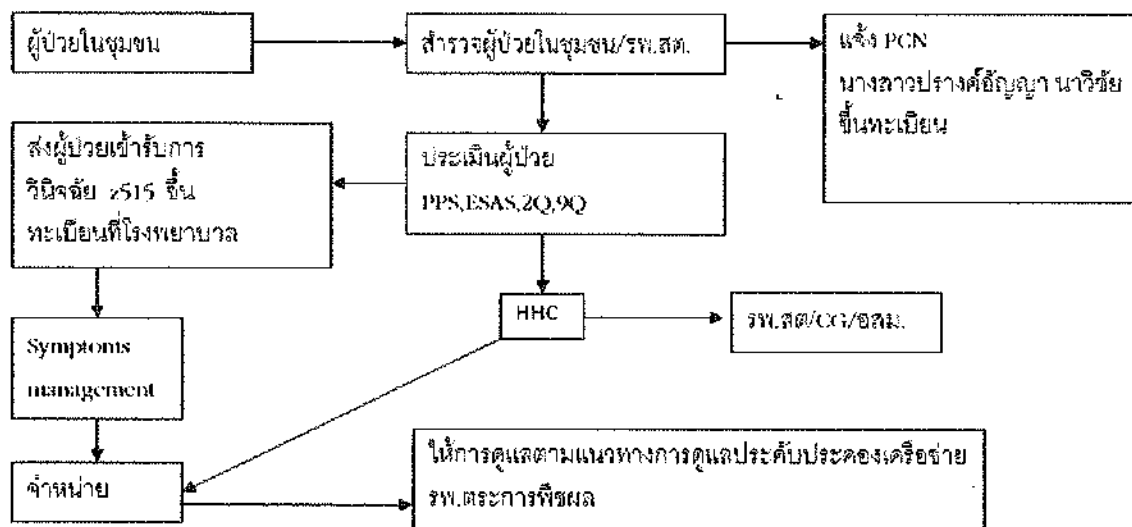
ระยะต่อเนื่องที่บ้าน

แนวความคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เป็นการพยาบาลที่ดูแลบุคคลเป็นหนึ่งเดียวโดย ผสมผสานระหว่าง ร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน การพยาบาลแบบองค์รวม มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในเรื่องภาวะสุขภาพ การพยาบาลคนหนึ่ง คน ต้องคำนึงถึงการดูแลด้านร่างกายที่กำลังเจ็บป่วยจากโรค และคนคนนั้นอาจ จะมีความกังวลทุกซ่ใจจากการเจ็บป่วยทำงานไม่ได้ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อรายได้/ อาชีพ และอื่น ๆ ความทุกข์ทางใจของบุคคลจะส่งผลต่อการฟื้นฟูหายของการเจ็บป่วยทางกาย หรือเมื่อมีความจำกัดทางการเงิน มีความทุกข์ใจเกิดขึ้น ก็จะมี อิทธิพลต่อการทำงานของอวัยวะทุกระบบในร่างกาย จะส่งผลต่อการฟื้นฟูหาย จากโรค การพยาบาลผู้ป่วยพยาบาลต้องให้การดูแลโดยคำนึงถึงคน ทั้งเรื่องโรค ภาวะจิตใจ สภาพแวดล้อมและอื่น ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูหายจากโรคร้าย

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care) WHO ได้ให้คำจำกัดความว่า หมายถึง การดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ที่มีปัญหา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต รวมถึงการป้องกันและ บรรเทาความทุกข์ทรมาน หรือหมายถึงการบริบาลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง หรือการบริบาลเพื่อบรรเทาอาการ หรือ วิธีการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด มีแนวโน้ม ที่ทรุดลง หรือเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต หรือป่วยอยู่ใน ระยะสุดท้ายของชีวิตเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและ ผู้ดูแล โดยอยู่บนเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตลอดจนการดูแลครอบครัวและ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ระยะต่อเนื่องที่บ้าน (ต่อ)



แนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจึงมุ่งหวังเพื่อประคับประคองไม่ให้เกิดการดำเนินโรคลุกลามเร็วหรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบทบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยใช้หลักสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง มาประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละระยะตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และเสนอแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง ผู้ให้การดูแลต้องบูรณาการองค์ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมตามปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกมิติ แต่ละระยะตามภาวะความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพจึงควรต้องมีการ ประสานงานร่วมกันภายในทีมให้การดูแล เพื่อความสอดคล้องในการแก้ปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องเพราะถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบ ประคับประคอง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายเข้าถึงระบบบริการ การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย strong opioid

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย strong opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ มากกว่าร้อยละ ๔๐

ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

(ลงชื่อ) _____

(นางสาวจรินทร์ ศรีวิไลย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) ๒๒ / ๓๐ / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง.การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงในชุมชน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน พฤษภาคม – กันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
ความรู้ที่นำมาใช้สำหรับการศึกษารายกรณีการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวงครั้งนี้ โดย

3.1ความรู้ทางวิชาการของโรคจิตเภท

องค์ความรู้และศาสตร์ของโรคจิตเภท ตั้งแต่ ความหมายของโรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นส่วนหนึ่งในโรคทางจิตเวช คือ ภาวะที่สมองมีความผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดหรือการรับรู้ที่ผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหรือคำพูดที่ดูแปลกกว่าคนทั่วไป ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน สาเหตุเกิดจากสารสื่อประสาททรานซามีนจากร่างกายของผู้ป่วยเองจาก พันธุกรรม หรือ สารเคมีที่ได้รับ เช่น สารเสพติดหรือยา รักษาโรคอื่นๆของผู้ป่วยเอง การดำเนินอาการของโรคจะแบ่งเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มอาการด้านบวก หลงเชื่อผิดๆ (Delusion) และอาการประสาทหลอน (Hallucination) ว่าจะมีคนมาทำร้ายรวมถึงสัมผัสผิดปกติ และอาการด้านลบคือ พูดน้อย เฉื่อยเฉย เฉื่อยชา การวินิจฉัยโรคจะยึดตามคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder : DSM) ฉบับที่ 5 (DSM-5) ต้องมีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หรืออาการ พูดน้อย เฉื่อยเฉย การพยากรณ์โรค ที่ไม่ตีจะพบว่าเริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย ไม่พบสาเหตุกระตุ้น มีอาการด้านลบ การรักษาโรคส่วนใหญ่จะเป็นการรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมอาการและลดการกำเริบซ้ำของโรค การฟื้นฟูสภาพจิตใจโดยการฝึกการเข้าสังคมและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย การทำจิตบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาของตนเองมากขึ้น ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน คือผู้ศึกษาผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาล ผู้ใช้ยาและสารเสพติด มา 12 ปีและปฏิบัติงานโดยตรงในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในปริมาณมากๆจนมีอาการทางจิตและให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งในเขตอำเภอตระการพืชผลเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายมีจำนวนผู้ป่วยเป็นจำนวนมากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่พยากรณ์โรคไม่ดี ระยะเวลาการรักษาตั้งแต่ 5 – 20 ปี มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทปี2563-2565ทั้งหมด 682,708 และ 744 รายตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลตระการพืชผล,2565) จะมีอาการกำเริบซ้ำๆบ่อยครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายโสดหรือหย่าร้างสาเหตุอาการกำเริบเกิดจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติด จึงขาดการรับประทานยาต่อเนื่องจากความคิดที่ผิดปกติหรือหวาดระแวง ไม่คิดว่าตนเองป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแลยังไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยโรคนี้อ และส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาที่อายุมากหรือไม่มีผู้ดูแลที่ใกล้ชิดหรือผู้ดูแลไม่ตระหนักไม่ใส่ใจเนื่องจากไม่มีความรู้ ไม่มีเวลาหรือเบื่อหน่าย ท้อแท้กับผู้ป่วยที่เป็นมานาน หรือประกอบกับผู้ดูแลไม่แข็งแรงจากโรคประจำตัวที่ต้องรักษาตัวเองด้วยและปัจจัยทางเศรษฐกิจเข้ามาเกี่ยวข้องส่วนใหญ่จะเป็นเกษตรกร รับจ้างหรือไม่มีงานทำ ฐานะยากจน และไม่ได้รับความไว้วางใจใส่ใจจากชุมชนในเรื่องการช่วยเหลือที่ถูกวิธีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในพื้นที่อำเภอตระการพืชผลที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขได้อย่างจริงจัง จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาเป็นจำนวนมากได้เรียนรู้เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

แบบหนึ่งต่อหนึ่ง/ตัวต่อตัว (one to one nurse-client relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ กล้าเปิดเผยปัญหาของตนเองและนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพทั้ง 4 ระยะไปเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสาร สัมภาษณ์ ชักประวัติ ซึ่งยึดหลักความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย ให้เกิดการยอมรับตนเองและเกิดการเรียนรู้ในการปรับปรุงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตนเองและลดความวิตกกังวล ซึ่งในการนำ 3 ระยะของสัมพันธภาพไปใช้ พยาบาลจะสำรวจความพร้อมของอารมณ์ความรู้สึกของตนเองก่อนเริ่มการสนทนาทุกครั้ง เพราะหากไม่พร้อมในการสนทนา ก็จะไม่เริ่มทำการสนทนา เนื่องจากผู้ป่วยจะสามารถสัมผัสได้ถึงอารมณ์ความรู้สึกจากสิ่งที่พยาบาลแสดงออกไป โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่อ่อนแอ เบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ไวต่อสิ่งเร้า บกพร่องทางด้านความคิด (cognitive) จะทำให้ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจในตัวพยาบาลและไม่สะดวกในการระบายความรู้สึก หรือเล่าปัญหาของตน ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดและให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาได้เรียนรู้จากการทบทวนความรู้ วรรณกรรมและทฤษฎี นำมาใช้ในกรณีศึกษาดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น (Orientation phase/Initial phase) เป็นระยะการสร้างความรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจ ซึ่งตอนแรกพยาบาลจะแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการสนทนา ระยะเวลาที่ใช้ และต้องนึกถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด ต้องให้เกียรติและยอมรับเนื่องจากทางพื้นฐานการศึกษาประสบการณ์ในอดีต ความคิดเห็นและความคาดหวัง ต้องใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อค้นหาความต้องการ ความสนใจ ประสบการณ์การจัดการความกลัว ระวัง ความเครียดของผู้ป่วย และต้องตระหนักว่าความเครียดสัมพันธ์กับการแสดงออกต้องการทางระบายออกอย่างเหมาะสม ซึ่งระยะเริ่มต้นจะค้นพบปัญหาและมีความคุ้นเคยกันมากขึ้นพร้อมจะร่วมมือ

2. ระยะระบุปัญหาและความต้องการ (Identification) เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเอง สามารถระบุปัญหาและความช่วยเหลือบริการที่ต้องการได้รับ ซึ่งแสดงออกเพื่อขอความช่วยเหลือใน 3 รูปแบบ คือ การพึ่งพา (dependence) ความเป็นอิสระ (independence) และการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence)

3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหาและใช้ประโยชน์จากแหล่งช่วยเหลือ (Working Exploitation) ผู้ป่วยสามารถระบุได้ว่าใครควรเป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหานั้น พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยสำรวจความรู้สึกตนเอง ก่อให้เกิดความเข้มแข็ง มั่นใจในบุคลิกตนจากการมีสัมพันธภาพกับพยาบาลสร้างเป้าหมายใหม่ในชีวิต ช่วงนี้จะอาศัยเวลามากเนื่องจากการตัดสินใจอยู่ที่ผู้ป่วยว่าจะมีความพอใจในเป้าหมายและบทบาทตนเองหรือไม่ ส่วนมากผู้ป่วยมีความต้องการพึ่งพาคนอื่นเพราะเวลาเจ็บป่วยเท่านั้น ระหว่างการเจ็บป่วยอาจมีความพึ่งพากลับไปกลับมา อาจหันต่อต้านและกลัวถูกทอดทิ้ง ซึ่งพยาบาลต้องไม่เปลี่ยนแบบแผนการติดต่อกับผู้ป่วยบ่อยๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยค้นหาและตระหนักถึงจุดด้อยของตนเอง และค้นหาจุดเด่นออกมาใช้ ให้อยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างตามความจำเป็น เป็นการเตรียมผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

4. ระยะปัญหาคลี่คลายและสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination phase/Resolution) เป็นระยะสรุปผลของการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองแล้ว โดยความร่วมมือจากทั้งผู้ป่วยและพยาบาลเป็นการยุติสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในขณะนี้เกิดการเรียนรู้ทั้ง 2 ฝ่าย (learning) เกิดพัฒนาการ (growth) และมีวุฒิภาวะ (maturation) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อิสระโดยไม่ต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) เป็นโรคจิตเภทชนิดที่พบมากที่สุด ลักษณะสำคัญทางคลินิก คือ ความหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดหรือหูแว่ว อาการหวาดระแวงเป็นอาการที่ไม่ไว้วางใจผู้อื่นจนหลงผิดคิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือคิดว่ามีคนซู่จะทำร้าย และอาการหวาดระแวงจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เช่น การแยกตัว หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว (กรมสุขภาพจิต, 2560) ผลกระทบจากโรคจิตเภทแบบหวาดระแวง เมื่อเป็นระยะเวลานานและอาการกำเริบบ่อยครั้ง ทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะทางสังคมและอาชีพ การปฏิบัติภารกิจต่างๆ พร่องลงจากเดิมหรือทำงานไม่ได้เลย บางรายต้องออกจากงาน ก่อภาระให้แก่ครอบครัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและทางด้านจิตใจ บุคคลทั่วไปไม่เข้าใจก็จะหวาดกลัวไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองไม่มีความสามารถไม่มีคุณค่าและนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือคนอื่น ศักยภาพในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมถอยลงอย่างมาก ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบซ้ำ (ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ และคณะ, 2562) ขาดความรู้ความเข้าใจการใช้ยา ทำให้ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง (กนกรัตน์ ชัยนุ และคณะ, 2562) บังคับด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางจิตใจได้ง่ายขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโรคจิตเภทแบบหวาดระแวง เพื่อศึกษาปัจจัยกระตุ้นการเจ็บป่วย การดำเนินโรค อาการ และอาการแสดง นำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปเปลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) มาประยุกต์ใช้สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้ป่วยทำให้พบว่ามีสัมพันธภาพเป็นเครื่องมือในการประเมินค้นหาข้อมูล เพื่อช่วยทำความเข้าใจต่อผู้ป่วย นอกจากนี้สัมพันธภาพยังเป็นเครื่องมือในการบำบัดทางการพยาบาล เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเอง ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จนสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาแก้ไข และดูแลตนเองได้ การนำทฤษฎีเพปเปลาวมาใช้พยาบาลผู้บำบัดเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญประสบการณ์ในการดูแลคนไข้ มีการตระหนักรู้ตนเอง เพื่อสามารถใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจผู้รับบริการ สามารถแยกแยะปัญหาให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ตนเอง เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลผู้ป่วยและเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และนำทฤษฎีการดูแลตนเองในของโอเร็มชีวิตประจำวัน พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีแนวทางในการดูแลป้องกันการกำเริบของโรค การเตรียมความรู้โดยการศึกษาตำราเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ รวมถึงเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยพบว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยบุคคลหนึ่งจะเป็นผู้ให้หรือผู้ช่วยเหลืออีกคนหนึ่ง กระบวนการดังกล่าวเกิดจากการริเริ่มโดยพยาบาลมุงที่จะช่วยให้ผู้รับบริการมีสุขภาพดี ซึ่งต้องใช้เวลาและมีความไว้วางใจกันเป็นพื้นฐาน ความไว้วางใจจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้รับบริการรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในความตั้งใจที่จะช่วยเหลือของพยาบาล ซึ่งเป้าหมายของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้พัฒนาตนเองและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ ซึ่งรวมถึงมิติต่างๆดังนี้

1. สนับสนุนให้ผู้รับบริการรู้จักตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับตนเองและเพิ่มความเคารพตนเองให้มากขึ้น
2. ให้ผู้รับบริการเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้และปรับปรุงตนเองตามระดับความสามารถอย่างบูรณาการ
3. ให้ผู้รับบริการสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ รู้จักฟังตนเอง และฟังพาคคนอื่น สามารถที่จะเป็นผู้ให้และได้รับความรักจากผู้อื่นได้
4. ปรับปรุงการทำงานและเพิ่มความสามารถในการตอบสนองความต้องการและบรรลุตามเป้าหมายที่เป็นจริงของบุคคล

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีนั้นต้องอาศัยสิ่งสำคัญดังต่อไปนี้

1. การสร้างความรู้สึกอบอุ่น ในขณะที่สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ควรใช้น้ำเสียง สายตา ท่าทางการสัมผัสที่นุ่มนวล สุภาพเป็นกันเอง แสดงถึงความเมตตาเอื้ออาทร ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความจริงใจมีการแสดงออกถึงความสนใจปัญหาของผู้รับบริการ

2. การตระหนักรู้ในตนเอง จะสามารถช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการได้ดี ส่วนผู้รับบริการที่รับรู้ได้ว่าพยาบาลเข้าใจตนเองก็จะปลอดภัย มีคุณค่า พยาบาลต้องกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจที่จะแสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการบำบัดทางจิตใจง่ายขึ้น

3. ความเข้าใจในผู้รับบริการ เป็นความเข้าใจที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งทางด้านความคิด ความรู้สึก การกระทำ รวมถึงความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรมประเพณีของผู้รับบริการ

4. ความสามารถในการสื่อสารของพยาบาล ซึ่งการสื่อสาร เป็นทักษะที่พยาบาลต้องมีและเป็นบทบาทพื้นฐานสำคัญของผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลองค์ประกอบของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ประกอบด้วย ความไว้วางใจ การเคารพสัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพที่มีประสบการณ์เชี่ยวชาญ ในการเข้าใจในความรู้สึก และอำนาจซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

1. ความไว้วางใจ (Trust) ความไว้วางใจ เป็นสิ่งสำคัญในสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาล และผู้รับบริการ เนื่องจากผู้รับบริการเป็นผู้มีสภาพจิตใจที่ไม่เข้มแข็ง ในเบื้องต้นความไว้วางใจในสัมพันธภาพนั้น เป็นสิ่งที่เปราะบาง พยาบาลสามารถกระทำเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ

2. การเคารพ (Respect) คือ การยอมรับในศักดิ์ศรี คุณค่า และเอกลักษณ์เฉพาะตัวของบุคคลโดยไม่ คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม

3. สัมพันธภาพในเชิงวิชาชีพ (Professional Intimacy) สัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพนี้เป็นการดูแล และบริการที่พยาบาลจัดให้ เช่นการดูแลสุขอนามัยของตนเองในผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาในการอาบน้ำ โดยพาไป ห้องน้ำ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และช่วยความสะดวกร่างกาย นอกจากนี้ สัมพันธภาพใกล้ชิดเชิงวิชาชีพอาจ เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบทางจิตวิทยา จิตวิญญาณ และสังคม การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลตามความหมาย คือ การให้ผู้รับบริการให้ข้อมูลได้อย่างอิสระและการไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการ ซึ่งจะก่อให้เกิดสัมพันธภาพ ใกล้ชิดเชิงวิชาชีพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

4. ความเข้าใจความรู้สึก (Empathy) เป็นการแสดงออกถึงความเข้าใจหรือความเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ ทั้งยังเป็นการตรวจสอบและสะท้อนถึงความหมายตามประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ การเข้าใจความรู้สึกของผู้รับบริการประกอบด้วยระยะทางทางด้านอารมณ์ โดยพยาบาลแยกออกได้ว่าความรู้สึก เหล่านั้นเป็นของผู้รับบริการไม่ใช่ของพยาบาล และมีการตอบสนองในทางวิชาชีพที่เหมาะสม

5. อำนาจ (Power) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ โดยแต่ละฝ่ายจะมีอำนาจที่ไม่เท่ากัน พยาบาลจะมีอำนาจมากกว่าผู้รับบริการ และมีอิทธิพลมากใน ระบบการดูแลสุขภาพ พยาบาลมีความรู้เฉพาะทางที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลและให้การพยาบาลผู้รับบริการ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน รวมถึงการได้รับสิทธิพิเศษในการเข้าถึง ข้อมูลของผู้รับบริการ ทำให้พยาบาลมีข้อมูลมาประกอบการดูแลและการให้การพยาบาลผู้รับบริการ ซึ่งอำนาจ ที่กล่าวมานี้เป็นอำนาจที่พยาบาลนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้มารับบริการให้มีสุขภาพที่ดี และการใช้อำนาจ ในทางที่เหมาะสมจะทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในแต่ละระยะของการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ (Pre- interaction)

ระยะก่อนการมีปฏิสัมพันธ์ เป็นระยะเริ่มต้นก่อนที่พยาบาลจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ประสบการณ์ครั้งแรกของพยาบาลจะก่อให้เกิดความเครียด รู้สึกกลัว วิตกกังวล ซึ่งเป็นธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้ ส่วนความรู้สึกอื่นๆ ได้แก่ ความกลัวๆกลัวๆ ไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้รับบริการ พยาบาลจำนวนมากกลัวการบาดเจ็บที่เกิดจากการถูกกระทำโดยผู้รับบริการ การได้รับการปฏิเสธ หรือการที่ผู้รับบริการเจียบระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะก่อนการปฏิสัมพันธ์

1) การสำรวจตนเอง การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดพยาบาลควรมีสุนัขที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีพลังที่จะทำหน้าที่ของตนเอง มีความตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งการตระหนักรู้ในตนเองของพยาบาลจะช่วยส่งเสริมความเข้าใจในคุณค่าของตนเอง ทั้งด้านความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคิด แรงจูงใจ รู้ถึงจุดเด่น จุดด้อยของตนเองและพร้อมที่จะปรับปรุงตนเองให้ดีขึ้น เมื่อพยาบาลตระหนักรู้ในตนเองก็จะพัฒนาการรู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้

2) การเตรียมความรู้และทักษะ พยาบาลจิตเวชควรมีความรู้ ในเรื่องโรคทางจิตเวช ยาที่ใช้รักษา การพยาบาล แหล่งสนับสนุนอื่นๆ ความรู้ในเรื่องสัมพันธภาพ เทคนิคและทักษะการสื่อสาร มีทักษะในการแปลความหมายในสิ่งที่ผู้รับบริการพูดและแสดงออกมาได้อย่างถูกต้อง

3) การศึกษาข้อมูลผู้รับบริการ ก่อนที่พยาบาลจิตเวชจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการจะทำ ควรให้พยาบาลรู้จักผู้รับบริการในเบื้องต้น ถึงประวัติการเจ็บป่วย ภูมิหลังบางประการ อารมณ์และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว การวินิจฉัยโรค แผนการรักษาที่ผ่านมา และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับบริการ วางแผนสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับการพบกับผู้รับบริการในครั้งแรก

4) วางแผนเกี่ยวกับวัน เวลาที่จะนัดพบผู้รับบริการ พยาบาลตรวจสอบ วัน เวลาว่างของตนเองที่ไม่ตรงกับภาระงานอื่นๆที่รับผิดชอบ และตรวจสอบวัน เวลาว่างของผู้รับบริการที่ไม่ตรงกับช่วงเวลาแพทย์มาตรวจ หรือทำกิจกรรมอื่นๆ

ระยะที่ 2 ระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ (Orientation phase)

ระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะที่พยาบาลพบกับผู้รับบริการเป็นครั้งแรก การประเมินทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานของการค้นหาสาเหตุและความต้องการการช่วยเหลือของผู้รับบริการ การช่วยเหลือผู้รับบริการพยาบาลจะมุ่งประเด็นไปที่ปัญหาของผู้รับบริการ และการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเข้ารับการรักษา รวมถึงการค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผู้รับบริการทุกข์ใจ ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคมและจริยธรรม พยาบาลและผู้รับบริการต้องร่วมกันค้นหาปัญหา เข้าใจลักษณะปัญหาและเป้าหมายในการรักษาผู้รับบริการ ในระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพทั้งพยาบาลและผู้รับบริการอาจได้รับประสบการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจและมีความกังวลใจ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ

1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจด้วยการสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง นุ่มนวล สุภาพและเป็นกันเองของพยาบาล ใช้เทคนิคการสื่อสารได้ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ สร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย และการสร้างความประทับใจในครั้งแรกที่พบกัน สัมพันธภาพจะดำเนินด้วยดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการสร้างความไว้วางใจของพยาบาลและความร่วมมือของผู้รับบริการ ถ้าความไว้วางใจเกิดขึ้นจะทำให้ผู้รับบริการกล้าพูดคุ้ยและเปิดเผยความทุกข์ใจความไว้วางใจประกอบไปด้วย การแสดง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ความยกย่องนับถือ แสดงโดยการรับฟังและให้ความสำคัญกับเรื่องที่ได้รับบริการบอกกล่าว หรือสิ่งที่ผู้รับบริการขอความช่วยเหลือ มีความซื่อสัตย์ แสดงออกโดยการรักษาคำมั่นสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ มีความจริงใจ ทั้งคำพูดและการกระทำ รักษาความลับของผู้รับบริการ และมีความเสมอต้นเสมอปลาย แสดงให้เห็นโดยมาพบผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอตามที่นัดหมาย ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆตามที่ได้ตกลงไว้กับผู้รับบริการ

2) กำหนดข้อตกลงร่วมกันของสัมพันธภาพ ได้แก่ เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการพบกันในแต่ละครั้งเมื่อสิ้นสุดการสนทนาพยาบาลต้องย้ำถึงการนัดหมายครั้งต่อไป และบอกกำหนดระยะเวลาที่พบกันตลอดระยะเวลาของการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลเมื่อต้องสิ้นสุดสัมพันธภาพ

3) กำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ จะช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจปัญหาของตน และถ้าผู้รับบริการพัฒนาตนเองและแก้ไขปัญหาได้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ก็จะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4) สำรวจปัญหา เป็นการสำรวจปัญหาร่วมกับผู้รับบริการ โดยให้ผู้รับบริการได้สำรวจความคิด ความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการเข้าใจในความทุกข์ หรือเข้าใจในปัญหาของตนอย่างแท้จริง

5) สังเกตปฏิริยาการโต้ตอบของผู้รับบริการ ทั้งการพูด น้ำเสียง วิธีการแสดงความคิดเห็น ท่าทาง และพฤติกรรมอื่นๆ ฟังผู้รับบริการพูดอย่างตั้งใจ ไม่มีอคติ ไม่รีบวิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความคิดเห็น ยอมรับและใส่ใจในคำพูดของผู้รับบริการ

6) ประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ ประเมินว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกกังวลใจ และไวต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

7) แสดงบทบาทให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ การดูแลผู้รับบริการพยาบาลต้องมีความชำนาญเฉพาะทาง มีทักษะ และปฏิบัติการพยาบาลแบบมืออาชีพ

8) สร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเข้ารับรักษา โดยให้ผู้รับบริการอยู่รักษาครบตลอดระยะเวลาตามแผนการรักษา

ระยะที่ 3 ระยะการดำเนินการแก้ปัญหา (Working Phase)

การทำงานด้านการบำบัดส่วนใหญ่ เป็นการดำเนินงานในช่วงระยะดำเนินการแก้ปัญหา พยาบาลและผู้รับบริการจะร่วมกันสำรวจความเครียด ความวิตกกังวล และสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการในด้านการรู้จักตนเองของผู้รับบริการ โดยการเชื่อมโยงการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ การรู้จักตนเองควรแสดงออกถึงการกระทำและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยสามารถบูรณาการไปในประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งจะพบทางที่ช่วยให้พ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล ลดการพึ่งพิงคนอื่น มีความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการของตนเองและส่งเสริมให้ผู้รับบริการเผชิญกับปัญหาด้วยกลไกทางจิตที่เหมาะสม ดังจะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระยะนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะดำเนินการแก้ปัญหา

1) การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี ระยะดำเนินการแก้ปัญหา เป็นช่วงระยะที่พยาบาลและผู้รับบริการต้องรักษาสัมพันธภาพที่ดีไว้อย่างต่อเนื่อง มีการสนทนาด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายไม่อัดอั้นเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อถ้อยและไว้วางใจที่จะเปิดเผยเรื่องราวหรือปัญหาของตน และนำเทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัดมาใช้ในการกระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายความรู้สึกออกมาเป็นคำพูดและภาษาท่าทาง

2) การช่วยให้ผู้รับบริการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดย

2.1 พยาบาลและผู้รับบริการร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ ลักษณะของปัญหา ผลที่เกิดขึ้นจากปัญหา และความเครียดที่เกี่ยวข้อง

2.2 ร่วมกันวางแผนหาแนวทางและวิธีการจัดการแก้ปัญหา โดยมุ่งแก้ไขปัญหาที่ผู้รับบริการกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

2.3 เสริมให้ผู้รับบริการรับรู้และเข้าใจในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

2.4 พัฒนาความสามารถของผู้รับบริการการลดความขัดแย้ง พัฒนาให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ และใช้กลไกทางจิตในการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

ระยะที่ 4 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Termination Phase)

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด พบว่า ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพเป็นระยะที่มีความยาก แต่ก็ป็นระยะที่มีความสำคัญมาก เป็นเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความจำ การประเมินความพร้อมและความก้าวหน้าของผู้รับบริการ และเป้าหมายสู่ความสำเร็จ มีระดับของความใกล้ชิดและเกิดความวางใจที่สูง เป็นภาพสะท้อนของการสร้างสัมพันธภาพที่มีคุณภาพและความรู้สึกของการสิ้นสุดสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นทั้งพยาบาลและผู้รับบริการ เหนือในการพิจารณาการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ได้แก่ ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการลดน้อยลง ผู้รับบริการมีการปรับปรุงตนเอง มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเป็นไปในทางที่ดีขึ้นตามแผนที่วางไว้ และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้จำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

1) สสำรวจความรู้สึกของผู้รับบริการ ได้แก่ การปฏิเสธ การสูญเสีย เศร้า โกรธ และการแสดงพฤติกรรมอื่นๆ บางรายมีความเครียด ความวิตกกังวล การสิ้นสุดสัมพันธภาพจึงต้องมีการเตรียมผู้รับบริการก่อนล่วงหน้าเพื่อลดความกังวลหรือความเครียดของผู้รับบริการ

2) ประเมินผลความก้าวหน้าและความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ พยาบาลจะต้องพูดคุยกับผู้รับบริการถึงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาที่ได้มีสัมพันธภาพร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่ได้แก้ไขแล้วหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ เช่น ผู้รับบริการมีความเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาตนเองดีขึ้น สามารถ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เผชิญปัญหา ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล ความขัดแย้งภายในใจได้ มีอารมณ์มั่นคงมากขึ้นมีความเคารพตัวเอง สามารถดูแลตนเองได้ ฟังพาคู่สนทนาอย่างตั้งใจ และทราบว่าวิธีในการแก้ปัญหาใดที่เหมาะสมที่สุดในสถานการณ์ของตน สิ่งที่ได้รับบริการทำได้สำเร็จจะสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ภายใต้นี้จะพบว่าความต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาลจะลดน้อยลง

3) สรุปผลสัมพันธภาพ การสิ้นสุดสัมพันธภาพมีความสำคัญ ดังนั้น พยาบาลต้องมีการวางแผนล่วงหน้าเพื่อเตรียมผู้รับบริการกลับสู่ครอบครัว ชุมชน โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาที่นัดพบผู้รับบริการหรือระยะเวลาที่ดูแลผู้รับบริการ และระยะเวลาของการสิ้นสุดสัมพันธภาพ ตั้งแต่ครั้งแรกที่พบกันเมื่อระยะเวลาของการสิ้นสุดสัมพันธภาพมาถึง พยาบาลและผู้รับบริการจะดำเนินการสรุปผลของสัมพันธภาพทั้งในด้านเป้าหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกที่มีต่อกัน รวมถึงความรู้สึกในปัจจุบัน การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้รับบริการ ความพร้อมของครอบครัว ชุมชน การใช้ชีวิตประจำวัน การใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน การรับประทานยาการพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจในการดูแลตนเองได้

3.2 มีความรู้ความชำนาญ การจัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

3.2.1 วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ซับซ้อน เพื่อวางแผนในการพัฒนาระบบการดูแล

3.2.2 สร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการและในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือจิตเวชได้รับการที่มีคุณภาพ

3.2.3 จัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเฉพาะโรค เช่น การคัดกรองกลุ่มโรคภาวะซึมเศร้า กลุ่มโรคที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มโรคที่มีอาการทางจิตเฉพาะ

3.2.4 ช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

3.2.5 ประเมินผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย เพื่อปรับปรุงคุณภาพระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.3 มีความรู้ความชำนาญในการดูแลกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน ดังนี้

3.3.1 ประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพของบุคคลต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทุกมิติ โดยประเมินจากประวัติการเจ็บป่วย อาการและการแสดง การตรวจร่างกายอย่างเป็นระบบ การตรวจสุขภาพจิตแปลผลทางห้องปฏิบัติการ

3.3.2 วินิจฉัยปัญหาผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำ โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิกความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ทฤษฎีการพยาบาลการดูแลสุขภาพตนเองของกอร์ดอนและทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาว และประสบการณ์ทางคลินิก

3.3.3 ให้การบำบัดทางจิตรายบุคคลที่เหมาะสมตรงตามรูปแบบและตรงกับความต้องการ เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคที่อาจก่อความรุนแรงทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ลดอาการของโรค เสริมสร้างสมรรถนะในการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม

3.3.4 ป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพ จากการได้รับยารักษาทางจิตระยะยาว/หรือภาวะแทรกซ้อนของการรักษา โดยใช้ความรู้ทางพยาธิสรีรวิทยา เกสัชวิทยา และตามสภาพของปัญหาผู้ป่วย

3.3.5 ฝึกทักษะศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องและสอนครอบครัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

3.3.6 คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องทันเหตุการณ์

3.3.7 ตัดสินใจทางคลินิกในการจัดระบบบริการให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รู้ข้อจำกัดของตนเองในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายและประสานแพทย์และทีมสหวิชาชีพร่วมพิจารณาปรับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีและใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

3.4 มีความสามารถในการประสานงาน

3.4.1 ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4.2 ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

3.5 มีความชำนาญในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

3.5.1 ติดตามและรวบรวมผลการวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลรูปแบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง

3.5.2 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบัน เป็นแนวปฏิบัติในการทำงาน

3.5.3 เผยแพร่แนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาเดียวกัน

3.5.4 วิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของการรู้คิด พฤติกรรมและอารมณ์มีความบกพร่องในการตัดสินใจ การทำหน้าที่ การงาน และการเข้าสังคมพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน (World Health Organization,2018) อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทพบประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (Sadock&Sadock,2016) สถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ปี2563-2565 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด3,351,295-2,840,337และ 2,687,610 รายตามลำดับในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 455,118 – 273,817 และ 283,065 รายมากเป็นอันดับ1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต,2565) จังหวัดอุบลราชธานีมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 8,870 , 8,082และ7,113 ราย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข HDC) อำเภอตระการพืชผลมีผู้ป่วยจิตเภท 682,708 และ 744 ราย (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลตระการพืชผล,2565) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นแล้วรักษาไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆและมีอาการหลงเหลืออยู่ การดำเนินโรคแบ่งเป็น 4 ระยะคือ1)ระยะก่อนป่วย(premorbid phase) 2) ระยะอาการนำ (prodromal phase) 3) ระยะโรคกำเริบ (active phase) และ 4) ระยะเรื้อรัง/อาการหลงเหลือ (chronic/residual phase) (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์,2558)

ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะเลือกศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาชนิดหวาดระแวง โดยศึกษาในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระบาดวิทยา ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย การรักษา และการพยาบาล มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาการเจ็บป่วยและวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการอย่างเหมาะสม 2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และมีวิธีการเผชิญและจัดการกับอาการหวาดระแวงอย่างเหมาะสม 3)ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การป้องกันอาการทางจิตกำเริบให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) เตรียมความพร้อมและวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ 5) การเตรียมครอบครัวและชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

ขั้นตอนดำเนินการ

เป็นการศึกษารายกรณี เปรียบเทียบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง 2 ราย ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีความรุนแรงในการกำเริบอาการของโรคถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาในทางที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว อาจเป็นอันตรายก่อความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสถานการณ์ด้านภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วย
- 2) ระบุปัญหาการวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 3) การวางแผนการพยาบาล
- 4) การปฏิบัติการพยาบาล
- 5) การประเมินผล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการมีดังต่อไปนี้

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาชนิดหวาดระแวง กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยเลือกจากผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของคลินิกจิตเวช เป็นเพศ สถานะ เดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน พื้นที่แหล่งชุมชนคล้ายกัน และอยู่ในพื้นที่เดินทางสะดวกเพื่อการศึกษา ครอบครัว/ผู้ดูแล คล้ายกัน แต่การใช้สารเสพติดแตกต่างกันบ้าง และการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. สร้างสัมพันธภาพพูดคุยกับผู้ป่วยประยุกต์จากทฤษฎีเพปพลาวในระยะแรก เพื่อขอความยินยอมและความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นกรณีศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกผลประโยชน์ที่จะได้รับ ตกลงบริการร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษา

3. รวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดจากแฟ้มประวัติในระบบHimpro การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย ปรัชญาแพทย์เจ้าของไข้ ทีมสหวิชาชีพและทีมให้การพยาบาลโดยใช้สัมพันธภาพทั้ง3ระยะ มาประยุกต์ใช้

4. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ศึกษาตำรา รายงาน และค้นคว้าเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาชนิดหวาดระแวง ตลอดจนนำประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมาใช้

5. ประเมินสภาพร่างกาย สภาพจิต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาด้วยยา และสรุปอาการที่ได้จากการประเมินเป็นระยะ นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาประเมิน วิเคราะห์ สรุปปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย และวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาล

6. วางแผนปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล

7. ลงมือปฏิบัติการพยาบาล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผล เพื่อพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

8. วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยระยะยาว เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติขณะอยู่บ้านได้โดยใช้ D-M-E-T-H-O-D

9. สรุปการบำบัดรักษากรณีศึกษาทั้งหมด รวบรวมเอกสารและจัดพิมพ์เล่ม

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปข้อมูลกรณีศึกษา รายที่ 1

ผู้ป่วยชายอายุ 48 ปีจากการวิเคราะห์หลักโอกาสเกิดโรคตามหลัก ปัจจัยเสี่ยงที่มีมาก่อนป่วย บิดา เสียชีวิตตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 10 ขวบ ผู้ป่วยเป็นบุตรคนเล็ก เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ฐานะทางบ้านค่อนข้าง ยากจน อาศัยอยู่กับมารดาและพี่ชายคนโตที่โสด ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติทางจิตเวช ผู้ป่วยเริ่มสูบบุหรี่ และดื่มสุราเมื่ออายุ 15 ปีไม่มีประวัติโรคประจำตัวหรือผ่าตัด ผู้ป่วยเป็นคนร่าเริงแต่มีเก็บกดบางครั้ง เพราะถูก ตามใจตั้งแต่วัยเด็ก ดื่มสุราเป็นประจำแต่ยังไม่มียาเสพติด อายุ 25 ปีเริ่มมีอาการหูแว่ว ภาพหลอน ไปรักษาที่ โรงพยาบาลตระการพิรุณ แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยากกลุ่ม Antipsychotic เพื่อรักษาอาการทางประสาท หลอนอาการดีขึ้นรับยาไปรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่มีผลต่อการทำกิจวัตร ประจำวันมาก แต่กลับไปดื่มสุรากับเพื่อนๆหรือดื่มคนเดียวทุกวัน อาการกำเริบซ้ำเที่ยวเข้าออกโรงพยาบาล บ่อยครั้ง จนกระทั่งปี 2565-2566 มีอาการหูแว่วพูดคนเดียว ตาขวาง อะอะโวยวายทำลายสิ่งของในบ้าน และ ทำร้ายมารดา ญาติแจ้งความตำรวจให้นำส่งโรงพยาบาล และส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แบบผู้ป่วยในระยะเวลา 4 สัปดาห์อาการดีขึ้น แต่ยังมีอาการ หูแว่ว หวาดระแวงคนอื่น ไม่พูดกับคนแปลกหน้า ไม่ยอมนอนโรงพยาบาล ครอบครัวยังปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ป่วยให้อยู่บ้านคนเดียว ซึ่งกำหนดการพยาบาลเป็น 2 ระยะคือ 1)ระยะเร่งด่วนการป้องกันการก่อความรุนแรงต่อตนเองและคนอื่นใช้ทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพมา ประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการทางบวกเพื่อส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจซึ่งใช้ ระยะเวลา 3-4 สัปดาห์ในขั้นการสร้างสัมพันธภาพได้สำเร็จ และใช้แบบแผนการดูแลตนเอง เพื่อให้มองคุณค่าใน ตนเอง ให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ระยะที่ 2) ระยะโรคลดความรุนแรง ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง ให้การรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัดโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมโดย การบำบัดให้รู้จักตนเองเพื่อ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหา ครอบครัว บำบัดโดยนำครอบครัวมาเรียนรู้ทำความเข้าใจโรคและปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้ครอบครัวเข้าใจยอมรับให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และส่งเสริมเครือข่ายให้มีความรู้ในการติดตามดูแลแบบมีส่วนร่วม จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติ เกิดการเรียนรู้และเข้าใจยอมรับในการเจ็บป่วย มีพลังในการดูแลการเจ็บป่วยและเลิกดื่มสุรา เกิดทักษะเผชิญ ปัญหา ความเครียด ความหวาดระแวง ควบคุมตนเองปฏิเสธการใช้สุราต่อเนื่อง ครอบครัวเริ่มเข้ามารวม ช่วยเหลือและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ยังไม่กลับไปดื่มสุราอีกแต่ยังคงสูบบุหรี่วันละ 5-10 มวนและอยู่ร่วมใน ชุมชนทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมากขึ้นยังไม่มียาทำ ผู้ป่วยมีความตั้งใจและมั่นใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมญาติยอมรับได้ช่วยเหลือต่อเนื่องและชุมชนให้การดูแลติดตามและมีกลุ่มสนับสนุนต่อเนื่อง ขณะดำเนินการผู้ป่วยมีโรคแทรกซ้อนตามมา แพทย์ให้แผนการรักษาเพิ่มเติม และประชุมปรึกษากันในทีม สุขภาพในเรื่องภาวะโภชนาการ สุขวิทยาส่วนบุคคลและเครือข่ายในเรื่องการฝึกทักษะในการประกอบอาชีพ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 2

ผู้ป่วยชายอายุ 35 ปี โสคอาศัยอยู่กับมารดา 2 คนเป็นบุตรคนที่ 2 เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ปีตา กับพี่สาวไปทำงานที่ กทม. ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับมารดา 2 คนที่บ้าน ผู้ป่วยมีบุคลิกเก็บกด โมโหง่าย เครียดง่าย เป็นมาตั้งแต่เด็ก มารดาไม่ค่อยใส่ใจกับปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียว ผากญาติข้างบ้าน มารดาออกไปทำงานทุกวัน อาจทำให้ถูกละเลยเรื่องการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้พยายามกดความรู้สึกขาดเอาไว้ และใช้วิธีนี้เรื่อยมาจนเข้าสู่อายุ 27 ปี เริ่มหาทางออกคล้ายเครียดด้วยการสูบบุหรี่ดื่มสุราและ เสพยาบ้า จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรหรือทำงานตามปกติได้ทำให้มีอาการอะอะอาละวาด ชูทำร้ายมารดา ทำลายข้าวของในวัด หูแว่ว ภาพหลอน ไม่นอน ญาติแจ้งตำรวจพานำส่งโรงพยาบาลตระการพิรุณ และนำส่งต่อโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยแพทย์ให้การรักษาด้วยยากกลุ่ม Antipsychotic เพื่อรักษาอาการประสาทหลอนและนอนไม่หลับได้ให้ยากกลุ่ม Benzodiazepine และยา Antidepressant กลุ่ม Serotonin Antagonist and reuptake in inhibitor (SARI) ร่วมด้วยเพื่อลดอาการซึมเศร้าที่อาจเป็นสาเหตุของการกลับไปดื่มซ้ำ มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นช่วงๆ กำหนดการพยาบาลเป็น 2 ระยะคือ 1) ระยะเร่งด่วนการป้องกันการก่อความรุนแรงต่อตนเองและคนอื่นใช้ทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการทางบวกและลบเพื่อส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจซึ่งใช้ระยะเวลา 5-6 สัปดาห์ในขั้นการสร้างสัมพันธภาพได้สำเร็จ แต่ยังมีระแวงบ้างส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ระยะที่ 2) ระยะโรคลดความรุนแรง ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพต่อเนื่อง ให้การรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัดโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมโดยได้แก่การบำบัดให้รู้จักตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม สร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมทักษะในการเผชิญปัญหา ครอบครัวบำบัด และส่งเสริมเครือข่ายให้มีความรู้ในการติดตามดูแลแบบมีส่วนร่วม จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในการเจ็บป่วย มีพลังในการดูแลการเจ็บป่วยและเลิกดื่มสุราและยาบ้า เกิดทักษะเผชิญปัญหา ความเครียด ความหวาดระแวง ควบคุมตนเองปฏิเสธการใช้สุราต่อเนื่อง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล เนื่องจากพยาธิสภาพผู้ป่วยเป็นมานานเรื้อรังสภาพแวดล้อมในการกลับไปใช้สารเสพติดมีมากทำให้ผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องแต่ลดปริมาณการใช้ลงและอยู่ร่วมในชุมชนทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นยังน้อย การยอมรับได้ช่วยเหลือต่อเนื่องและชุมชนให้การดูแลติดตามและกลุ่มสนับสนุนต่อเนื่อง ยังไม่ให้การช่วยเหลือเท่าที่ควรซึ่งทีมจะนำไปพิจารณาในวาระของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ต่อไป

เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษากระบวนการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง กรณีศึกษาเปรียบเทียบกับ 2 ราย แบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชและสารเสพติดโรงพยาบาลตระการพิรุณ ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้มีการ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ไว้วางใจ พยาบาลยอมรับสถานะตนเอง มองตนเองให้มีคุณค่าและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม ปกติ สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ และไม่กลับมารักษาซ้ำโดยศึกษากรณีผู้ป่วย 2 ราย แบบผู้ป่วยนอก

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จเชิงปริมาณ

5.1.1 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีอุบัติการณ์การก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

5.1.2 ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับยาตามแผนการรักษาและไม่มีอาการข้างเคียงจากผลของยารักษาที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตในระยะยาว

5.1.3 ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

จากการดำเนินงานในครั้งนี้ได้ข้อค้นพบการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวงรายกรณีเปรียบเทียบ 2 ราย ที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งปัญหาทางกายที่มีโรคร่วมขณะรักษา โดยใช้ความชำนาญและทักษะในการจัดการรายกรณีให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลที่เป็นปัจจุบัน มุ่งเน้นผลระยะสั้นและระยะยาว นำนวัตกรรมและกระบวนการดูแลในกลุ่มเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่องได้ประเด็นคุณภาพดังนี้

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อร่างกายและทรัพย์สินต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

5.2.1 ผู้ป่วยและครอบครัว มีทักษะและศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและครอบครัวสามารถป้องกันผลกระทบที่มาจาก การดูแลผู้ป่วยได้

5.2.3 คุณภาพการบริการดีขึ้น ลดจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ชุมชนยอมรับการช่วยเหลือ

5.2.4 ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน มีความพึงพอใจในการให้บริการความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน

1. ผู้ป่วยรายที่ 1 ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทมากขึ้น เข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่แต่ต้องติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเพราะมีโอกาสกลับไปมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา และมีโรคแทรกจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทุพภาวะโภชนาการ และสุขภาพจิตส่วนบุคคลไม่ดีที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ส่วนรายที่ 2 ยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่อง การสร้าง

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สัมพันธ์ภาพกับทีมสุขภาพยังไม่ได้มีต่อเนื่อง ทำให้อาการหลงเหลือยังคงมีเป็นช่วงๆ ซึ่งครอบครัวและชุมชนต้องมีบทบาทเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลืออย่างถูกวิธีอย่างเหมาะสม

2. ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ดีขึ้น และเพิ่มความรู้สึกรับคุณค่าในตนเองมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และสามารถปฏิบัติตน ดูแล ควบคุมอาการได้ถูกต้องอย่างเหมาะสม ปลอดภัย ฝึกทักษะในการประกอบอาชีพช่วยเหลือตนเองได้

3. ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย สร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวได้ดีขึ้น สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยไม่ถูกทอดทิ้ง

4. ชุมชนมีการเรียนรู้เข้าใจแนวทางการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขในชุมชน วิธีการแก้ไขปัญหาในชุมชน

ต่อตัวผู้ศึกษา

1. มีศักยภาพในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรควิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ซับซ้อน เพื่อวางแผนในการพัฒนาระบบการดูแลที่มีปัญหาทางจิตที่ยุ่ยากซับซ้อน

2. มีศักยภาพในการประสานงานทั้งในและนอกเครือข่ายสร้างทีมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานบริการและในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือจิตเวชได้รับบริการที่มีคุณภาพ

3. มีศักยภาพในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติงานได้ให้การบำบัดทางจิตรายบุคคลที่เหมาะสมตรงตามรูปแบบและตรงกับความต้องการ เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคที่อาจก่อความรุนแรงทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ลดอาการของโรค เสริมสร้างสมรรถนะดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม

4. มีศักยภาพในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับปฐมภูมิ

ต่อหน่วยงาน

1. เป็นแหล่งสอน ฝึกอบรมความรู้ให้กับบุคลากรสุขภาพในสถานบริการ ได้มาตรฐาน

2. โรงพยาบาลลดภาระการดูแลผู้ป่วยที่ยุ่ยากซับซ้อนและประหยัดค่าใช้จ่าย

3. เป็นแหล่งเรียนรู้เอกสารเผยแพร่ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพและผู้สนใจทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

รายที่ 1 ความยุ่งยากซับซ้อน อยู่บ้านคนเดียว ญาติทอดทิ้ง บ้านไม่ถูกสุขลักษณะ ใช้ห้องน้ำสาธารณะในชุมชน อาศัยข้าววัด สนับสนุนด้านการเงินเล็กน้อยจากแกนนำ ทำกิจวัตรประจำวันได้แต่ไม่ได้ทำงาน สวัสดิการบัตรพิการขาดอายุต้องยื่นเรื่องไปใหม่อยู่ระหว่างการติดตามการดำเนินการ ยังคงสูบบุหรี่ทุกวัน ไม่ดื่มสุราแต่ยังมีอาการมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา ไม่มีอาการทางจิตกำเริบช่วงแรกการสร้างสัมพันธภาพยังมีปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่จะเก็บตัวอยู่บ้านคนเดียว เมื่อออกเยี่ยมผู้ป่วยจะต้องไปกับทีมสห สาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเริ่มกระบวนการสร้างสัมพันธภาพในแต่ละครั้ง ปัญหาเรื่องการรับประทานยา ต้องให้แกนนำ อสม.เป็นผู้จัดยาให้รับประทานทุกวันและเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมติดตามและไปฉีดยาให้ที่บ้านทุกเดือน ต่อมาพบโรคแทรกซ้อนความดันโลหิตสูงและElectrolyte imbalance ผู้ป่วยจะรับประทานมาเป็นประจำ ปฏิกริยาแพทย์และทีมวางแผนช่วยเหลือในการแก้ปัญหา และประเมินผลการดำเนินการเป็นระยะ ช่วงหลังญาติเริ่มมาเยี่ยมบ่อยขึ้นแต่ยังไม่รับผู้ป่วยไปอยู่ด้วย ซึ่งได้มีการประสานงานทีมสุขภาพ ครอบครัวชุมชน เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือในทางที่เหมาะสม

รายที่ 2 อยู่บ้านตัวเองกับมารดาที่ป่วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาด้านการได้ยินและมองเห็น การสื่อสารลำบาก สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ผู้ป่วยยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องไม่ตระหนักในการเลิกสารเสพติด และมีการดื่มสุราเป็นประจำ สูบบุหรี่วันละ20มวน อยู่ใกล้แหล่งชุมชนที่มั่วสุมยาเสพติด ไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง มีสวัสดิการจากบัตรพิการเป็นคนถือบัตรATM กตเงินเอง มารดาควบคุมไม่ได้ ยังควบคุมอารมณ์ได้ไม่เหมาะสม หมกมุ่นอยู่ในห้องตามลำพัง ขาดทักษะในการทำงานสุวิทยาสวนบุคคลไม่ดี ยังมีอาการหลงเหลือทั้งทางบวกและทางลบรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยมารดาและแกนนำชุมชนเป็นคนจัดยาให้รับประทาน ยังไม่ยอมรับว่าป่วย สัมพันธภาพกับทีมสุขภาพมีน้อย ต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างสัมพันธภาพเป็นเวลานาน และไม่สม่ำเสมอ ช่วงดำเนินการไม่มีกำเริบซ้ำ แต่ยังมีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายและการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยจากการจัดการความคิดและอารมณ์ไม่เหมาะสมและการไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยได้ ต้องใช้การสร้างสัมพันธภาพในการบำบัดเป็นระยะเวลานานกว่าปกติ ใช้ระยะเวลา 1สัปดาห์(รายที่1) และระยะเวลา2 สัปดาห์ ในรายที่ 2 จึงจะเข้าร่วมบำบัดและให้ความรู้และมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการพูดคุย ต้องมีการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการให้กระบวนการ และสัมพันธภาพในครอบครัวมีน้อยมารดาไม่ค่อยใส่ใจเพราะกลัวผู้ป่วยทำร้าย ทำให้การสื่อสารยุ่งยากลำบากทุกครั้ง ต้องประสานทางชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงมาให้คำอธิบายเสริมในการให้ข้อมูลซึ่งชุมชนยังไม่ยอมรับจากการกำเริบบ่อยครั้งที่ผ่านมา มีความคิดที่อยากจะให้ทางครอบครัวที่ไปทำงานที่อื่นมารับรู้ในการมีส่วนร่วมดูแลครั้งนี้ด้วย ทางชุมชนบอกเป็นภาระให้คนอื่น ตามหลักที่จะเป็นไปได้ ครอบครัวยังมีศักยภาพที่ต้องเข้ามาดูแลช่วยเหลือมากกว่านี้จึงทำให้ความร่วมมือจากชุมชนไม่ดีเท่าที่ควร

ทั้ง 2 ราย ยังมียังมีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยทั้งทางกายที่มีภาวะแทรกซ้อนตามมา จากพยาธิสภาพของ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ทั้ง 2 ราย ยังมีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยทั้งทางกายที่มีภาวะแทรกซ้อนตามมา จากพยาธิสภาพของโรคพฤติกรรมไม่ยังมีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยทั้งทางกายที่มีภาวะแทรกซ้อนตามมา จากพยาธิสภาพของโรค พฤติกรรมไม่เหมาะสมจากยังสูบบุหรี่และมีทิวภาวะโภชนาการ การดูแลตนเองไม่ถูกสุขลักษณะสภาพแวดล้อมในบ้านไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนครอบครัวยังไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ามาดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง ซึ่งปล่อยให้เป็นการหน้าที่ของชุมชนเป็นหลัก จึงต้องมีทีมการประสานงานทางครอบครัว ชุมชนให้มาเรียนรู้วิธีการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่เหมาะสมการช่วยเหลือการให้ยาป้องกันการได้รับยาไม่ตรงแผนการรักษา แพทย์ได้ปรับเวลาการรับประทานยาเป็นครั้งเดียวโดย อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเปลี่ยนเวรการให้ยา ส่วนรายที่ 2 มารดาและอสม.เป็นคนจัดยาให้รับประทาน แต่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจากการปฏิเสธการเจ็บป่วยและแจ้งเหตุผลการข้างเคียงของยาจึงไม่ยอมรับรับประทานต่อเนื่องยังใช้สารเสพติด

2. สภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่อาศัยอยู่เป็นแหล่งมั่วสุมมีการใช้สารเสพติดยาบ้าในบริเวณข้างบ้าน ผู้ป่วยคือภายในวัดที่มีพระภิกษุร่วมเสพด้วย ซึ่งมีการปราบปรามโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจแต่ก็ยังไม่ทำต่อเนื่องผู้ป่วยยังไม่ตระหนักและเกรงกลัวกฎหมายเพราะทราบข้อมูลตามที่เข้าใจเองว่า ผู้เสพคือผู้ป่วยและบอกเหตุผลมีบัตรพิการทางจิตด้วย

3. การให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นแบบผู้ป่วยนอก มีการนัดผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาล และการออกติดตามเยี่ยมที่บ้าน บางครั้งเวลาให้การพยาบาลจะไม่ตรงตามกำหนดได้และทำให้การสื่อสารได้ไม่ต่อเนื่องกัน

4. ตัวผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ตระหนักถึงความรุนแรงเสียหายที่จะเกิดขึ้น กับครอบครัวและชุมชน

9. ข้อเสนอแนะ

1. มีการส่งต่อเครือข่ายชุมชนต่อเนื่อง 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนเพื่อประเมินเกี่ยวกับความคิด การรับรู้และพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้อื่น ความร่วมมือในการรักษา

2. การเตรียมญาติในการดูแลต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้คำแนะนำ ผู้ดูแล โดยเฉพาะกลุ่มยุ่งยากซับซ้อน ให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สังเกตอาการข้างเคียง และ ปฏิกริยา ระหว่างดูแล ร่วมกับผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน 3. จัดระบบให้คำปรึกษาที่ชัดเจน ในรูปออนไลน์ ทั้ง เครือข่าย คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยแพทย์ประจำคลินิก รับให้คำปรึกษาและเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำติดตามผู้ป่วย ในกรณีขาดนัก ให้ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสานผู้ป่วยและญาติ สามารถมาเองได้หรือไม่ญาติอาจมารับแทน หรือระบบ Telehealth และจัดยาส่งที่บ้าน และเสนอต่อทีม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

10. การเผยแพร่ผลงาน


การนำเสนอผลความก้าวหน้าวิชาชีพพยาบาล การประชุมวิชาการเรื่อง “ความก้าวหน้าและการพัฒนาการพยาบาล ในยุค BANI” สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วันที่ 15 ตุลาคม 2566 ณ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางพันธิตรา สิริฉะวรรณ สัดส่วนของผลงาน 100 %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางพันธิตรา สิริฉะวรรณ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

8 /มกราคม/2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางพันธิตรา สิริฉะวรรณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจุไรรัตน์ ทุมนันท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิษผล

8 มกราคม 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวจุไรรัตน์ ทุมนันท์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตระการพิษผล

8 มกราคม 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง โครงการการบำบัดด้วยโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต,2560) เนื่องจากเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ลักษณะของโรคคือ มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง แสดงออกถึงความผิดปกติในการรับรู้ อารมณ์ ภาษา ความคิดและพฤติกรรม เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงที่หลากหลาย มีแนวโน้มจะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจจะมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ และแม้จะได้รับการรักษาจนอาการสงบ แต่ก็สามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ (สุดาพร สถิตยพธการ,2559) ปัจจุบันการรักษาด้วยยาเป็นวิธีการแรกที่ใช้ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษา ร้อยละ40-90 (จิรัชศักดิ์ ห้วยทราย และ สมชาย สุริยะไกร , 2562) และลดลงตามระยะเวลาเจ็บป่วยที่นานขึ้น (Cramer& Rosenheck,1998) ปี 2563-2565 โรงพยาบาลตรังการพิชผลมีผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษา 1,372 ,1,437 และ 1,365 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 682,708 และ 744 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยนอก จำนวน 40 แฟ้ม พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบหลงผิดมีประวัติการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงไม่รับประทานยาเลยจำนวน 30 ราย คิดเป็น ร้อยละ 75 และจากการวิเคราะห์สาเหตุของการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา 3 ลำดับแรกคือ 1) ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือปฏิเสธการเจ็บป่วยของตนเอง คิดว่าไม่ป่วยทางจิต ไม่ต้องรับประทานยา 2) เกิดจากผลข้างเคียงของการรับประทานยา เมื่อรับประทานแล้วทำให้เกิดความผิดปกติ เช่น อาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง อ่อนเพลีย ง่วงซึม น้ำลายไหล 3)ญาติมีความรู้ไม่เพียงพอในการช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น เมื่ออาการสงบหรือ ผู้ป่วยบอกไม่ยอมรับประทานยา หรือเกิดอาการข้างเคียง ญาติบางส่วนจะให้หยุดรับประทานยาเอง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่พบได้จำนวนมากและถือได้ว่าเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีความจำเป็นต้องกลับเข้ามารักษาแบบผู้ป่วยใน พฤติกรรมความร่วมมือในการไม่รับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ และทำให้เกิดผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา คือ ผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ในการดูแล เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายอย่างรุนแรงระหว่างการรักษา เกิดอุบัติเหตุความเสี่ยง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม รวมถึงส่งผลให้มีระยะในการอยู่รักษานานมากกว่าปกติ (Perkins et al.,2023)

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ต่อ)

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ผู้ศึกษา ได้ตระหนักถึงผลกระทบของพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ดังที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น จึงมีความสนใจในการที่จะปรับปรุงหรือพัฒนางาน ที่ยอดเยี่ยมเนื่องมาจากการพยาบาลรายกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย โดยวางแผนเพื่อพัฒนาหรือปรับปรุงงานด้านการบำบัดทางจิตสังคม โดยทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง พบว่า โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการบำบัดทางจิตสังคมอย่างหนึ่งที่งานวิจัยในปัจจุบันชี้ให้เห็นว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา (สุมิสา กุมาลา, โสภิน แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2563) โดยมีวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้มีความสนใจที่จะนำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทของสุมิสา กุมาลา, โสภิน แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์ ที่พัฒนาโปรแกรมขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือและไม่ร่วมมือรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาและการมีส่วนร่วมของครอบครัว มาใช้ในรูปแบบการบำบัดในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตระการพิรุณแบบผู้ป่วยนอก เป้าหมาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา หรือยึดระยะเสลาการกลับเข้ามารักษาซ้ำให้ยาวนานที่สุด ไม่เกิดอุบัติเหตุความเสี่ยงที่รุนแรงในชุมชน รวมถึงพัฒนาคุณภาพการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้ตามมาตรฐานการพยาบาล และกระบวนการดูแลผู้ป่วย 6 ขั้นตอน ซึ่งวัตถุประสงค์ เพื่อลดอุบัติเหตุการกลับมารักษาซ้ำที่เกิดจากพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุข ผู้ป่วยจะมีความผิดของกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินของโรคจะเป็นลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตนเอง การเข้าสังคม การทำงานและสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น (ธนพล บรรดาศักดิ์ , 2564) ตามสมมติฐานโดปามีน เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทโดปามีนทำงานมากกว่าปกติ ส่งผลให้กลุ่มอาการทางบวก เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์ , 2558) หลักการรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะใช้หลักการทางชีว-จิตสังคม (bio-psycho-social) โดย 1) การรักษาทางชีวภาพ (biological) ส่วนใหญ่จะเป็นการปรับสารสื่อประสาทในสมองให้มีความสมดุล 2) การดูแลด้านจิตใจ (psychological) ด้วยการให้คำปรึกษาและสนับสนุนผู้ป่วยให้ค้นหาศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องโรคและการเจ็บป่วย และ 3) การดูแลด้านสังคม (social) โดยการฝึกทักษะทางสังคม เช่น การเข้าสังคม การประกอบอาชีพ

รวมถึงการดูแลตนเอง ของกิจวัตรประจำวันต่างๆและยังทำความเข้าใจกับบุคคลในครอบครัวและสังคมเพื่อให้เกิดมุมมองที่ดีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท นำไปสู่การลดความรู้สึกรังเกียจเป็นตราบาปในชีวิต การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาทางชีวภาพ ควบคู่การดูแลทางด้านจิตใจและจิตสังคม จึงเป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและโรคจิตเภทควบคู่กันไปที่มีประสิทธิภาพ โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยจิตเภท โดย สุมิสา กุมาลาและคณะ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือและไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของแคโรล เอ็ม แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson,Hogarty,& Reiss,1980) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าส่วนใหญ่มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมรักษา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยาต้านโรคจิต แต่อย่างไรก็ตามการจัดการเกี่ยวกับปัจจัยของการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัวในบริบทสังคมไทยยังมีส่วนน้อย ที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งครอบครัวเป็นด่านป้องกันสำคัญ และมีส่วนช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลระยะยาว รวมถึงพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยด้วย ส่วนการให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคจิตเภทและการศึกษานั้น ยังคงมีความสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น แต่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริม พฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทให้มากขึ้นไปอีก ควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การให้สุขภาพจิตแบบรายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาที่สามารถใช้เวลาได้มากพอไม่เร่งรีบ มีความจำเพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยแต่ละราย สามารถวางแผนตารางการให้สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยแสดงออกและแสดงความคิดเห็นได้ง่าย โดยไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับมุมมองของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง และพบว่ารูปแบบนี้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือดี (สุมิสา กุมาลา,โสภิต แสงอ่อน และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2563) การพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพครั้งนี้ เป็นการดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแผนการรักษาที่เหมาะสม โดยนำโปรแกรมมาใช้บำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทชายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาล ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี มีกิจกรรมทั้งหมด จำนวน 5 ครั้ง ครั้งที่1-3 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินกับผู้ป่วยรายบุคคล ครั้งที่4 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินกับญาติผู้ดูแล และครั้งที่5 ดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล ใช้เวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที มีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด และประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา ครั้งที่ 2 ให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและวิธีการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ครั้งที่ 3 การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับยาต้านโรคจิต อาการข้างเคียงและวิธีการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดการความเครียด ครั้งที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา พร้อมให้ความรู้เรื่องเครือข่าย และแหล่งสนับสนุนต่างๆที่ครอบครัวสามารถขอความช่วยเหลือได้ และครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการจัดยาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและญาติผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเรื่องการรับประทานยา ของผู้ป่วยพร้อมทั้งสรุปผลและยุติโปรแกรม

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

การประเมินผลโครงการ โดยประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และความรุนแรงของอาการทางจิตก่อนเข้าร่วมโครงการ (Pre-test) และหลังเข้าร่วมโครงการทันที (Post-test) ในระยะเวลา 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือน

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ได้รูปแบบโปรแกรมการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยและการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมและลดการกลับไปรักษาซ้ำ

4.2 ได้โปรแกรมการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบรายบุคคล สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลตระการพิรุณ

4.3 เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

4.4 ได้ข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 ได้คู่มือโปรแกรมการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท

5.2 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ที่ได้รับการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาร้อยละ 80

5.3 ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีปัญหาไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ไม่กลับไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 90 วัน ร้อยละ 80

(ลงชื่อ)

(นางพันธิตรา สิริฉะวรรณ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

8/มกราคม/2567